# Das Carcinom und seine operative Behandlung.

## Nach den in der Königl. chirurg. Klinik zu Breslau gesammelten Erfahrungen.

(1875—1882.)

# Habilitationsschrift

welche mit Genehmigung der

hochlöblichen medicinischen Facultät der Königl. Universität Breslau

**am 13. Oktober 1884 Vormittags 11 Uhr**

in der kleinen Aula

öffentlich vertheidigen wird


## Dr. Carl Partsch,

prakt. Arzt, Erster Assistent der Königl. chirurgischen Klinik.


Opponenten:

**Dr. Arthur Henry,** Assistent der Kgl. chirurg. Klinik.
**Dr. Paul Reichel,** Assistent der Kgl. chirurg. Klinik.
**Dr. Eugen Kabierske,** prakt. Arzt.


**Breslau 1884.**

Druck der Breslauer Genossenschafts-Buchdruckerei, Eingetr. Gen.
Ursulinerstrasse No. 1.

# Thesen.

1. Die Anlage zu einer Geschwulst ist nicht immer angeboren, sondern kann auch erworben werden.
2. Die Impfung von Erysipel auf bösartige Geschwülste ist zu widerrathen.
3. Die Frühresection ist aufzugeben.
4. Die Gastroenterostomie bei malignem Tumor ist eine Luxusoperation.

Herrn

# Medicinalrath Professor Dr. Fischer

in

Dankbarkeit und Verehrung.

Digitized by the Internet Archive
in 2026

https://archive.org/details/IA41549812_0098

Während auf allen andern Gebieten die Chirurgen wetteifern in der Veröffentlichung ihrer mit der antiseptischen Wundbehandlung erzielten Resultate, hat bisher noch Niemand versucht, den Werth der Antisepsis hinsichtlich der operativen Behandlung maligner Geschwülste ausführlich und umfassend darzulegen. Und doch hat gerade der Kampf gegen die bösartigen Neubildungen die operationsfreudigen Meister der Kunst zu den kühnsten, Staunen erregenden, vor wenigen Decennien noch für unmöglich gehaltenen Leistungen auf dem operativen Gebiet herausgefordert. Ja selbst wenn wir nicht nur die malignen Tumoren jener Körperregionen im Auge haben, welche uns die Antisepsis erst erschlossen hat, wenn wir erwägen, dass wir ohne Gefahr für den Kranken die Geschwülste in ihrer Ausbreitung in den Körper hinein weiter verfolgen können und damit viel günstigere Aussichten auf ihre radicale Beseitigung erhalten, wenn wir bedenken, dass durch den Schutz jeder von uns angelegten Wunde vor ihren kleinen, so mächtigen Feinden ihre Heilung viel schmerzloser und rascher bewirkt wird, dass ferner durch Verhütung jener consumirenden Fieber, wie sie früher an der Tagesordnung waren, die Kräfte des Patienten gespart werden, — wenn wir alles das bedenken, müssen wir erwarten, dass auch auf dem Gebiete der operativen Behandlung der malignen Geschwülste der Einfluss der Antisepsis unverkennbar sein wird, nicht nur was die Vermehrung der unmittelbaren Heilungen, sondern auch die definitive Herstellung der Patienten anlangt. Die bisher vorliegenden Arbeiten reichen entweder bis in die vorantiseptische Zeit hinauf oder besprechen nur die Erfolge der Behandlung bösartiger Geschwülste vereinzelter Körpergegenden. Es liegt aber auf der Hand, dass wir den wahren Werth der Antisepsis in genannter Beziehung nur dann erfassen werden, wenn wir allenthalben uns bemühen, ihren Einfluss zu ermitteln, und uns klar machen, was wir überhaupt mit unserer operativen Kunst gegen die bösartigen Geschwülste auszurichten vermögen.

Um diese Lücke wenigstens zum Theil auszufüllen, habe ich mich entschlossen, das Schicksal aller der Kranken, welche in der königl. chirurg. Klinik zu Breslau vom Jahre 1875 bis zum Jahre 1882 incl. an Krebs behandelt worden sind, näher zu verfolgen. Im Jahre 1875 wurde in der Klinik die antiseptische Wundbehandlung begonnen und ist seit jener Zeit bis auf einen Zeitraum von wenigen Wochen 1876, in welchen zur offenen Wundbehandlung zurückgekehrt wurde, dauernd geübt worden.

Den Endtermin wählte ich deshalb, damit zur Zeit der Abfassung der Arbeit auch die am spätesten operirten Fälle eine gewisse Probezeit bestanden hätten, in welcher es erfahrungsgemäss sich zu zeigen pflegt, ob die Operation Aussicht auf Erfolg bietet oder nicht.

Die Erhebung wurde in der Weise angestellt, dass ich an die Gemeindevorsteher der Heimathsorte der Kranken Fragebogen sandte. Bei Abfassung derselben hatte ich im Auge, dass die Fragen knapp und leicht verständlich waren und sich nur auf wenige Dinge beschränkten. Dem verdanke ich, dass die Fragen fast allgemein gut beantwortet wurden und sich statistisch verwerthen liessen. Zu meiner Freude sind die Antworten recht zahlreich eingelaufen. Nur aus den benachbarten russischen Provinzen, deren Bewohner vielfach unsere Klinik aufsuchen, war es mir beim besten Willen, trotz mehrfach wiederholter Anfragen, nicht möglich, etwas über das Schicksal der Kranken zu erfahren. Die über diese Kranken vorhandenen Notizen konnten also nur bei Besprechung allgemeiner Fragen Verwendung finden. Am meisten Schwierigkeiten bereiteten die Erkundigungen nach den Kranken in der Stadt Breslau selbst. Das stete Fluctuiren der Arbeiterbevölkerung, welche das grösste Contingent unseres Krankenmaterials stellt, machte oft nothwendig, dass wegen eines einzigen Kranken 3—5 Briefe geschrieben werden mussten.

Meine Erhebungen beziehen sich auf

103 Gesichtscarcinome,
122 Mammacarcinome (diese nur von 1879 ab),
68 Mastdarmcarcinome,
38 Zungencarcinome,
98 Lippencarcinome,
21 Peniscarcinome,
120 Carcinome anderer Körpergegenden,

in Summa auf 570 Fälle von Krebs.

Trotz dieser grossen Fülle des Materials, dessen Bewältigung beinahe die Leistungsfähigkeit einer einzigen Arbeitskraft übersteigt, habe ich die Erhebung so einzurichten gesucht, dass der ganzen Arbeit

der Zustand der Kranken Ende März 1884

zu Grunde liegt. Wo ich schon vorher Erkundigungen eingezogen, habe ich von allen den Lebenden an diesem Termin nochmals Erhebungen veranstaltet. Die Festsetzung dieses einen Endtermins hat den Vorzug, dass die Resultate der Behandlung der verschiedenen Körpergegenden sich viel besser vergleichen lassen. Ich habe im Nachstehenden nur das Carcinom der Lippen und der äusseren Genitalien besprochen, so dass denn diese Abhandlung nur einen in sich abgeschlossenen Theil einer demnächst erscheinenden, alle 570 Fälle umfassenden Monographie darstellt.

Bei der ausführlicheren Besprechung habe ich mich bemüht, das Material so durchsichtig wie möglich zu machen. In der tabellarischen Zusammenstellung sowohl wie in dem Text ist das Material nach folgenden Gesichtspunkten rubricirt:

Tabelle I enthält die an Recidiv gestorbenen operirten Fälle,
= Ia = = Kranken mit mehrfachen Recidiven, wiederholt operirt,
= II = = an der Operation gestorbenen,
= III = = ohne Recidiv lebenden,
= IIIa = = mit Recidiv lebenden,
= IV = = intercurrent gestorbenen,
= V = = Kranken, von denen keine Nachricht zu erlangen war,
= VI = = inoperabel remittirten Kranken.

Diese Rubricirung ist auch bei der tabellarischen Zusammenstellung behufs Erledigung aller Einzelfragen nach Alter, Operationszeit etc. beibehalten und damit ermöglicht worden, dass auch bei der kleinsten Frage immer ihre Beziehung zum definitiven Ausgang erhellt.

Dadurch habe ich eine bedeutende Schwierigkeit der statistischen Arbeiten — die geringe Uebersichtlichkeit — zu umgehen gesucht, andererseits ein alle einzelnen Theile der Arbeit verknüpfendes Eintheilungsprincip gefunden.

Eine so umfangreiche statistische Erhebung verlangt den Aufwand recht bedeutender Kosten. Herr Medicinalrath Fischer, mein hochverehrter Lehrer, hat mir die Mittel seines Instituts in bereitwilligster Weise und mit grösster Liebenswürdigkeit zur Verfügung gestellt. Dafür, sowie für die Ueberlassung des bedeutenden Materials, sage ich ihm an dieser Stelle meinen tiefgefühltesten Dank.

# I. Das Carcinom der Lippen.

Aus dem Krankenmaterial der königl. chirurgischen Klinik zu Breslau in den Jahren 1875—1882 konnte ich

98 Fälle von Lippencarcinom

zusammenstellen. Dabei habe ich eine nicht bedeutende Anzahl von Fällen, bei denen nur der Name des Kranken ausser der Diagnose notirt war, als statistisch unverwerthbar fortlassen müssen; andererseits aber habe ich nicht Bedenken getragen, auch einige wenige Fälle, in denen mir ausführliche klinische Notizen nicht zu Gebote standen, mit in diese Zusammenstellung aufzunehmen, wenn es mir möglich geworden ist, über ihr späteres Schicksal etwas in Erfahrung zu bringen.

Auf die einzelnen Jahrgänge vertheilen sich diese Fälle, den Tabellen entsprechend geordnet, in folgender Zahl:

| Jahrgang | I | Ia | II | III | IIIa | IV | V | VI | Summa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1875 | 1 | — | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 0 | 8 |
| 1876 | — | 2 | 1 | 5 | — | — | 3 | — | 11 |
| 1877 | 2 | 4 | — | 5 | — | 2 | 1 | — | 14 |
| 1878 | 2 | 3 | 1 | 8 | — | — | 2 | — | 16 |
| 1879 | 3 | 2 | — | — | — | 3 | — | — | 8 |
| 1880 | — | 2 | — | 8 | — | — | 1 | 1 | 12 |
| 1881 | 3 | 2 | — | 1 | — | 1 | 1 | 1 | 9 |
| 1882 | 4 | 1 | — | 5 | 4 | — | 6 | — | 20 |

Unter diesen 98 Fällen betrafen

88 männliche,
10 weibliche

Individuen. Dieser Procentsatz übersteigt den sämmtlicher bisherigen Zusammenstellungen. Denn

v. Winiwarter fand unter 62 Individuen mit Lippencarcinom nur 1 Frau = 1,613%
Thiersch = = 48 = = = = 2 Frauen = 4,166%
v. Bruns = = 55 = = = = 4 = = 7,273%
Koch = = 132 = = = = 13 = = 8,965%
Fischer = = 23 = = = = 1 Frau = 4,3 %

so dass obige 98 Fälle mit einberechnet, von 418 Lippencarcinomen nur 31, d. i. 7,41 %, bei Frauen beobachtet sind.

Es erscheint auffällig, dass man bisher nicht versucht hat, diese durchgehends beobachtete Thatsache, wonach die Frauen gegen das Lippencarcinom fast immun sind, einigermassen wenigstens hypothetisch zu erklären.

Mit Recht weist Thiersch in seiner klassischen Monographie über den Epithelialkrebs, namentlich der Haut, in einer kurzen Bemerkung darauf hin, dass »die epithelialen Gebilde der Unterlippenhaut, soweit sie in Haarbälgen und Haarbalgdrüsen bestehen, beim Manne stärker entwickelt sind und in der Regel bis in des höchste Alter hinein ein andauerndes, ja zuweilen steigendes Wachsthum zeigen.« Zweifellos gestalten sich beim Manne wegen des bis in das höchste Alter meistens sich erhaltenden Bartwuchses die histogenetischen Processe im weitesten Sinne des Wortes viel complicirter, und erfahren deshalb viel eher eine irreparable Störung, als es bei der Frau der Fall ist. Aber die zweifelhafte Bevorzugung des männlichen Geschlechts in Bezug auf das Vorkommen maligner Geschwülste macht sich nicht nur im Bereich der Lippe, sondern im ganzen Anfangstheil des Verdauungstractus, von der Lippe bis zur Cardia hinab, geltend.

Diese Thatsache erklären zu wollen durch die Vorliebe des männlichen Geschlechtes für den Tabaksgenuss, erscheint wieder etwas zu kühn, zumal das Tabakrauchen, wie wir weiter unten sehen werden, nicht einmal für das Carcinom der Unterlippe jene bedeutsame Rolle in ätiologischer Hinsicht spielt, als im Allgemeinen bisher angenommen wurde.

Vorläufig scheint es demgemäss noch nicht möglich, einen plausiblen Grund für die obige Thatsache zu finden.

Das Alter der Patienten zur Zeit, als sie sich der klinischen Behandlung unterwarfen, ergiebt sich aus folgender Tabelle.

Es standen

die Patienten der Tab. I im Durchschnitt im Alter von 58,7 Jahren,

" " " " Ia " " " " " 52,4 "
" " " " II " " " " " 70,2 "
" " " " III " " " " " 57,6 "
" " " " IIIa " " " " " 55 "
" " " " IV " " " " " 63,7 "
" " " " V " " " " " 62,7 "

Die beiden Patienten der Tab. IV habe ich absichtlich fortgelassen, da die Zahl für eine Durchschnittsberechnung doch zu klein ist.

Im Durchschnitt standen demnach die Kranken beim Eintritt in die Klinik im Alter von 57,3 Jahren.

Dieses Durchschnittsalter wurde am meisten überschritten von den Kranken der Tab. II, welche die an der Operation Gestorbenen umfasst. Jedenfalls verdient diese Thatsache bei der Würdigung der Todesursache Berücksichtigung.

Bei den allermeisten Patienten fiel der Anfang des Leidens um eine beträchtliche Zeit vor den Eintritt in die Anstalt. Ich habe die Zeit des Beginns der Erkrankung zu berechnen versucht, da ja die klinischen Notizen der meisten Kranken eine entsprechende Bemerkung enthalten. Dort, wo dieselbe fehlt, habe ich die als Mittel gefundene Zahl der Erkrankungszeit von dem Alter beim Eintritt in die klinische Behandlung abgezogen. Bei den Kranken, welche längere Zeit Rhagaden,

Warzen etc. trugen, die erst von einem bestimmten Zeitpunkt an in das rasch wachsende carcinomatöse Geschwür übergingen, ist dieser als Beginn des Krebsleidens angenommen worden.

Es erkrankten

| im Lebensalter von | I | Ia | II | III | IIIa | IV | V | VI | in Summa Patienten |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25—30 Jahren | — | 1 | — | 1 | — | — | — | — | 2 |
| 30—35 = | — | — | — | 2 | — | — | 1 | 1 | 4 |
| 35—40 = | 1 | 2 | — | 1 | — | — | 1 | — | 5 |
| 40—45 = | 1 | 3 | — | 3 | 1 | — | 2 | — | 10 |
| 45—50 = | 2 | 1 | — | 3 | — | — | 3 | 1 | 10 |
| 50—55 = | 5 | 2 | — | 5 | — | 2 | 1 | — | 15 |
| 55—60 = | 2 | 3 | — | 3 | 3 | 1 | 2 | — | 14 |
| 60—65 = | 1 | 3 | 1 | 7 | — | 2 | 1 | — | 15 |
| 65—70 = | 1 | 1 | 1 | 3 | — | 2 | 2 | — | 10 |
| 70—75 = | — | — | 2 | 3 | — | 1 | 1 | — | 7 |
| 75—80 = | 1 | — | — | 1 | — | — | 1 | — | 3 |
| 80—90 = | 1 | — | — | 1 | — | — | — | — | 2 |
| | | | | | | | | | 97 |

Von einem Kranken der Tabelle III liess das Alter sich nicht bestimmen.

Es fallen demnach die meisten Erkrankungen in das Alter von 45—60 Jahren. Genauer berechnet stellt sich das

Erkrankungsalter auf 55,7 Jahre.

Auch bei Winiwarter fiel die Mehrzahl der Erkrankungen in das Alter von 51—55 Jahren, während die Autoren der Zusammenstellungen, welche ein Krankenmaterial aus dem südlichen und westlichen Deutschland und der Schweiz verwertheten, das Alter von 60—70 Jahren als das vom Lippencarcinom am meisten gefährdete angeben.

So fiel bei Koch das Maximum der Fälle in das Alter von 60—70 Jahren; Bruns beobachtete die meisten Fälle in einem Alter von 60—70 Jahren; Fischer berechnete für jeden seiner 20 Patienten mit Lippencarcinom ein durchschnittliches Alter von 62,1 Jahren.

Der eine der Patienten, welcher vor dem 30. Jahre vom Carcinom befallen wurde, war ein 28jähriger Häusler, welcher trotz wiederholter, frühzeitig vorgenommener Operation innerhalb zwei Jahren an seinem Leiden zu Grunde ging; verlaufen ja häufig Krebse, wenn sie bei Patienten vor dem 30. Jahre auftreten, recht bösartig. Der zweite Patient, ein 29jähriger Kürschner, bei welchem das Geschwür aus einer Bisswunde hervorging, ist nach der Exstirpation bis jetzt vollkommen gesund geblieben.

Von dem 30. bis zum 45. Jahre steigt die Zahl der Erkrankungen langsam an, um von dem 60. bis 80. Jahre langsam zu fallen.

Von den beiden ältesten Patienten ist der eine (Fall I 13), dem im Alter von 86 Jahren ein sehr rasch wachsender Carcinom entfernt wurde, schnell einem Recidiv erlegen, während der andere (Fall III 27) jetzt, drei Jahre nach der Operation, trotz seines hohen Alters von 85 Jahren, noch so rüstig ist, dass er seine Ackerwirthschaft besorgen kann.

Fassen wir die Zeit näher ins Auge, welche die Patienten verstreichen liessen, ehe sie sich einer operativen Behandlung unterwarfen, so giebt folgende Tabelle näheren Aufschluss.

| | I | Ia | II | III | IIIa | IV | V | VI | Summa Patienten |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bis 1/4 J. hatten ihr Leiden schon | 2 | 1 | — | 5 | — | — | 3 | — | 11 |
| 1/4—1/2 Jahr | 1 | 3 | — | 4 | 2 | — | 1 | — | 11 |
| 1/2—3/4 Jahr | — | — | 1 | 2 | 1 | — | — | — | 4 |
| 3/4—1 Jahr | 2 | 2 | — | 8 | 1 | 2 | 4 | — | 19 |
| 1—1 1/2 Jahr | 1 | — | — | 1 | — | — | 1 | — | 3 |
| 1 1/2—2 Jahr | 2 | 2 | — | 2 | — | — | 3 | — | 9 |
| 2—3 Jahr | 2 | — | 1 | 1 | — | 1 | — | — | 5 |
| 3—4 Jahr | 2 | 2 | — | 1 | — | — | — | — | 5 |
| mehr als 4 Jahr | 1 | 1 | — | 2 | — | — | 1 | 1 | 6 |
| unbestimmbare Zeit | 2 | 4 | 2 | 8 | — | 4 | 2 | 1 | 23 |

Demnach hatten sich, wenn wir die 23 Patienten, bei denen sich die Zeit der Erkrankung nicht genau feststellen lässt, in Abrechnung bringen, von 75 Patienten nur 22 im ersten Halbjahr ihrer Krankheit zur Operation entschlossen; 24 Patienten hatten ihr Leiden schon ein Jahr und die grösste Zahl, 28, länger als ein Jahr. Im Durchschnitt hatte bei Vornahme des ersten operativen Eingriffs das Leiden 1,7 Jahre bestanden.

Es erscheint deshalb auch gar nicht überraschend, wenn wir von den 28 Patienten, welche mehr als 1 Jahr bis zur Operation verstreichen liessen, 13, nahezu die Hälfte, in den Tabellen I und Ia finden, welche die Patienten, die an Recidiv gestorben sind, umfassen.

Diese Indolenz, welche den Kranken es möglich macht, mit einem an so augenfälliger Stelle sitzenden, sie in jedem Augenblick, bei jedem Wort, bei jeder Mahlzeit unangenehm belästigenden Uebel Monate und Jahre herumzugehen, scheint sehr verbreitet zu sein. So berechnete Koch die durchschnittliche Dauer des Leidens bis zur operativen Beseitigung auf 1,911 Jahr, Winiwarter auf 17,2 Monate, S. Fischer aber nur auf 10,3 Monate. Zum Theil hat dies wohl auch seinen Grund in dem oft unscheinbaren Beginn der Erkrankung, der die Patienten nichts Schlimmes befürchten lässt.

Am ehesten aber erklärt sich dieser Indifferentismus durch den Hinweis auf die Thatsache, die auch ätiologisch von grosser Bedeutung ist, dass der grösste Theil der Patienten dem indolenten Bauernstande, zum kleineren der im Durchschnitt doch gebildeteren Stadtbevölkerung angehört.

Das Factum, auf welches Thiersch in seiner Monographie besonderen Werth legt, dass »der in seiner Arbeit im Uebermass den Unbilden der Witterung ausgesetzte Bauersmann mehr für das Carcinom der Lippe disponirt,« bestätigt sich auch bei unserem Krankenmaterial aufs Eclatanteste. Von 88 Patienten — die 10 Frauen in Abrechnung gebracht — sind 33, d. h. mehr als ein Drittel Bauern, Stellenbesitzer, Halbbauern, Freigärtner; 27 ferner sind Taglöhner, Hofeknechte, Wiesenwärter, 2 Maurer, 1 Schiffer, 1 Förster, 1 Gärtner, so dass in Summa 65

von 88 Individuen, d. h. 73,8 % einen Beruf haben, der sie Wind und Wetter, Hitze und Kälte, Regen und Schnee aussetzt.

Ein Patient betreibt ein Gewerbe, das entschieden auch nicht ohne Einfluss auf eine Prädisposition der Unterlippe zu einem Krebsleiden ist, — er ist Clarinettenbläser.

Das übrige Contingent der Kranken stellen Gewerbetreibende, Kaufleute, Gastwirthe, Particuliers etc.

Nur 10 der Patienten sind in Breslau selbst einheimisch. Den besseren Ständen gehörten nur 5 Patienten an, trotzdem unter dem Material sich eine grössere Anzahl von Personen aus der Privatpraxis des Herrn Medicinalrath Professor Dr. Fischer befinden.

Unter den 10 Frauen waren 2 Taglöhnerinnen, je eine Waschfrau, Weberfrau, Wächterfrau, Fleischerwittwe, Haushälterin. Bei einer Frau ist der Beruf nicht angegeben.

Angesichts dieser Thatsachen scheint der socialen Stellung doch ein bedeutender Einfluss bei der Entstehung des Krebses zuzufallen, so bedeutend, dass ihm gegenüber alle anderen ätiologischen Momente viel geringwerthiger erscheinen.

Von diesen wollen wir zunächst eines gedenken, welches — seit Sömmering's Zeiten in allen, den Lippenkrebs behandelnden Arbeiten eine nicht unwichtige Rolle gespielt hat — das Tabakrauchen.

Trotzdem schon Thiersch mehrfache Einwände gegen die Ansicht Sömmering's erhoben, und besonders scharf die von ihm ironisch als »combinirte Tabak-Kupfer-Hypothese« bezeichnete Anschauung Melzer's bekämpft hatte, sind neuere Autoren, Winiwarter, Koch, nach meiner Meinung nicht mit vollem Recht, der Ansicht Sömmering's beigetreten.

Winiwarter schreibt: »Von ätiolog. Momenten ist zunächst zu erwähnen, dass fast alle Patienten Raucher waren, namentlich ist in 3 Fällen excessives Pfeifenrauchen constatirt; nur bei dreien ist ausdrücklich gesagt, dass sie nicht rauchten, und es ist anzunehmen, dass, wenn diese Ausnahme öfters vorgekommen wäre, sie sicherlich nicht unbeachtet geblieben sein würde.« Ich glaube, man muss zu einer Statistik nur positive, nicht aber nicht vorhandene Daten benützen.

Nach unserer Zusammenstellung müssen wir unbedingt Thiersch beipflichten, der den Einfluss des Tabakrauchens auf das Zustandekommen des Carcinoms nicht allzu hoch anschlägt. Ich berücksichtige dabei bloss die Fälle, in denen positive Angaben über das Rauchen event. Nichtrauchen vorliegen. Bei 31 Patienten fehlen solche Angaben. Es wäre falsch, diese 31 einfach zu den Rauchern zählen zu wollen. Von den übrigen 67 Patienten sind 28 Raucher, 23 Nichtraucher; fünf hatten früher geraucht, ehe das Carcinom entstand, waren also zur Zeit des Beginns der Erkrankung auch Nichtraucher, so dass die Zahl der Nichtraucher grade gleichkommt der der Raucher. Die Patienten, welche dem Genuss des Rauchens ergeben waren, rauchten zum Theil Pfeife, zum Theil Cigarren, vier davon sehr stark. Bei 10 Rauchern entwickelte sich das krebsige Geschwür auf der Seite, wo sie Pfeife resp. Cigarre zu tragen pflegten, bei 5 auf der entgegengesetzten Seite.

Demnach ist wohl die Schuld des Tabaksgenusses an dem Ausbruch des Carcinoms keine allzu schwere.

In zwölf Fällen, d. h. 12,2 % aller Fälle, war ein unleugbarer Zusammenhang des Lippencarcinoms mit Verletzungen der Lippe vorhanden. Entweder hatte sich das Carcinom an einer Stelle entwickelt, wo ein nachweisbares Trauma, ohne Spuren zu hinterlassen, eingewirkt hatte, oder — was am häufigsten vorkam — die hervorgerufene Verletzung kam nicht zur Heilung, sondern wandelte sich nach und nach in ein krebsiges Geschwür um.

So stach sich eine Patientin (I 5) mit einem Strohhalm in die Lippe. An der Stichstelle entwickelte sich ein Geschwür, welches nach kurzer Zeit einen operativen Eingriff nöthig machte, und dennoch bald wieder recidivirte. Bei einem anderen Patienten (I 1) war durch dauernde Reibung der Lippe an einem hohlen Zahn eine Excoriation entstanden, aus welcher ein krebsiges Geschwür hervorging. Einem anderen Patienten war beim Zahnziehen die Lippe verletzt worden. Das schnell sich entwickelnde Geschwür wurde 8 Wochen später schon durch Operation beseitigt und doch ging Patient an Recidiv bald zu Grunde.

Ein Patient hatte die Gewohnheit, beim Nageln stets erst den Nagel durch den Mund zu ziehen. Aus einer so entstandenen kleinen Wunde entwickelte sich rasch ein Carcinom.

In einem andern Falle (Ia 13) sprang dem Patienten ein Schlackenstück gegen die Lippe und führte so zur Bildung eines rasch wachsenden, üppig wuchernden Lippenkrebses, an dem der Patient starb.

Schlag mit einer Ruthe, Verletzung durch Holzsplitter, Biss in die Lippe, Fall auf die Lippe waren bei anderen Kranken die Ursache für die Entstehung des Carcinoms.

Von den zwölf Kranken, bei denen der Entwickelung der Krebsgeschwulst ein nachweisbares Trauma vorangegangen, waren 9 Nichtraucher, so dass wir hier das Trauma allein als nächste Veranlassung ansehen müssen.

In besonderer Beziehung zum Carcinom stehen andere krankhafte Veränderungen der Lippe, namentlich Rhagaden, Warzenbildungen. Nicht immer lässt es sich genau bestimmen, ob nicht diese pathologischen Producte bereits carcinomatöser Natur waren, oder ob sie eine längere Zeit gutartig bestanden und von einem bestimmten Zeitpunkt ab erst bösartig geworden sind.

Ein Patient (Ia 5) trug eine kleine Ulceration schon 5 Jahre hindurch, ein anderer (Ia 6) hatte Jahre lang an aufgesprungenen Lippen zu leiden. Als er sich einmal eine Erkältung zuzog, heilten die Rhagaden nicht mehr ab, sondern wandelten sich in ein Carcinom um. In einem Falle begann das Carcinom unter »erysipelatösen Erscheinungen«, brauchte aber zu seiner Entwickelung eine recht geraume Zeit.

Mit Besprechung dieser unmerklich in ein Carcinom übergehenden pathologischen Veränderungen der Lippe kommen wir unwillkürlich zur Schilderung des Anfangsstadiums des Krebses.

Sein erstes Zeichen ist meistens ein kleines, knopfförmiges Knötchen am Lippensaum, bald trocken, mit einem fest haftenden Schorf bedeckt, bald rissig, von seichten Furchen durchzogen. Zugleich macht sich eine ganz allmälig zunehmende Verhärtung des Grundes des Geschwürs bemerkbar. Ein dünnes, helles Secret wird von dem Geschwür abgesondert in spärlicher Menge. Häufig wird

dieses Geschwulstknötchen als »Warze« oder »Blatter« von den Patienten bezeichnet. Von einigen wurde angegeben, dass das Krebsgeschwür aus einem »Ausschlag« hervorging oder als »weissrother Fleck« auftrat; eine Wucherung mit »sich abschilfernden Plättchen« war bei einem andern Patienten der Anfang des Krebsleidens.

Der durch Eintrocknung des dünnen Secrets entstehende Schorf deckt meistens das Geschwür vollständig und ziemlich fest, so dass das Geschwür trocken und die Geschwulst von Epidermis überzogen erscheint. Hebt man den Schorf ab, so liegt das Geschwür zu Tage und erscheint stets als Epitheldefect. Selbst bei den kleinsten Carcinomen, wie sie nicht selten neben grösseren isolirt vorzukommen pflegen, war stets ein Verlust des Deckepithels zu constatiren. Nie ist mir ein Carcinom vorgekommen, das als Tumor in der Lippensubstanz ohne Störung der epithelialen Decke begann.

Schreitet das Carcinom in seiner Entwickelung fort, so nimmt die Verhärtung des Grundes immer mehr zu; dadurch erhebt sich die kleine Geschwulst deutlicher über das Lippenniveau, die Ränder treten mehr hervor. Damit wird die Geschwulst mehr und mehr kleinen Insulten ausgesetzt; öfters wird der Schorf abgerissen oder geringe Verletzungen veranlassen kleine Blutungen. Alle diese kleinen Reize begünstigen eine weitere Ausbreitung des Geschwürs. Ganz besonders unheilvoll scheinen in dieser Hinsicht wiederholte, oberflächliche Aetzungen, wie sie von ungebildeten Heilkünstlern nicht selten ausgeführt werden, zu wirken. In den Fällen I 6, Ia 11, III 16, III 32 trat nach solchen Aetzungen eine zum Theil auffällig rasche Ausbreitung des Geschwürs ein.

Im Ganzen macht die kleine Geschwulst an der Lippe aber wenig Beschwerden. Schmerzen fehlen fast ganz. Bei einem Patienten blutete die Geschwulst häufig und stark.

So erträgt die grösste Zahl der Patienten diese Unannehmlichkeit oft recht lange, ohne zu ihrer Beseitigung etwas zu thun. Allmälig aber greift die Geschwulst immer mehr um sich. Die Infiltration geht weiter in die Lippensubstanz vor; das Geschwür verbreitert sich meist dem Lippensaum entlang, seltener greift es in die Tiefe.

Je nachdem sich nun die Affection mehr flächenhaft, als seichtes, trockenes Geschwür auf mässig infiltrirter Unterlage, oder selbst mit wallartigen Rändern auf recht hartem Grunde ausbreitet, oder als knollig harte Wucherung mit bedeutender Infiltration der Umgebung in die Lippensubstanz eindringt, pflegt man eine flache und eine infiltrirte Form des Epithelkrebses zu unterscheiden. Ganz streng ist eine solche Scheidung nicht durchzuführen; es kommen häufig genug Mischformen vor, welche man so gut zur einen, wie zur andern Form rechnen kann. Am deutlichsten sind jene Fälle von infiltrirtem Carcinom, bei denen die ganze Unterlippe in eine pilz- oder blumenkohlartige Wucherung von zerklüfteter, zum Theil warziger Beschaffenheit mit starker Infiltration der umgebenden Weichtheile verwandelt ist. Sie stellen jene bösartige Form des Lippenkrebses dar, von der uns die Fälle I 6, I 14, I 15, Ia 11 treffende Beispiele geben.

Da die klinischen Notizen eine Sichtung des Materials nach diesen beiden Formen nicht ermöglichen, muss ich darauf verzichten, näher auf die klinische

Bedeutung dieser beiden Arten einzugehen. Hervorheben möchte ich nur, dass die meisten Fälle der ausgesprochen malignen Form sich unter den Todtenlisten der Tabelle I und Ia finden. In ihrem Beginn hat diese Form nicht selten einen rein papillären Charakter.

Der primäre Sitz des Lippenkrebses ist meistens das Lippenroth der Unterlippe. Eine besondere Prädilectionsstelle scheint nach unseren Fällen nicht zu bestehen. Ich habe bei der Zusammenstellung der diesbezüglichen Tabelle die Lippe in kleinere Regionen eingetheilt, Mitte, r. und l. Hälfte, Winkel. Dort, wo eine genaue Bestimmung des Sitzes aus den klinischen Notizen nicht möglich war, habe ich als wahrscheinlich den angenommen und mit ? hingefügt, auf den eine etwa vorhandene Narbe oder die Schilderung der Operation oder die spätere Lymphdrüseninfection hindeutete.

Darnach sass das Carcinom

| | I | Ia | II | III | IIIa | IV | V | VI | Summa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Mitte der Unterlippe | — | 3 | 1 | 7 | — | 1 | 1 | — | 13 |
| l. Hälfte | 2 | 1 ? 2 | — | 7 | — | 1 | 4 | — | 15 ? 2 |
| r. Hälfte | — | 2 ? 1 | — | 6 ? 1 | 2 | — | 3 | 1 | 14 ? 2 |
| l. Mundwinkel | 2 | 2 | — | 3 | — | 2 | — | — | 9 |
| r. Mundwinkel | 2 | 1 | 1 | — | 1 | — | 2 | — | 7 |
| ganze Unterlippe | 2 ? 1 | 3 ? 1 | — | 1 ? 1 | — | 1 | 2 | — | 9 ? 3 |
| fast d. ganze Unterl., vorwalt. r. | 3 | — | — | — | — | — | 1 | — | 4 |
| = = = = = l. | 2 | — | — | 1 | — | — | — | — | 3 |
| wahrscheinlich r. | 1 | — | 2 | 5 | — | 3 | 1 | — | 12 |
| = l. | — | — | — | — | — | — | 1 | 1 | 2 |

Es scheint demnach, nach den bestimmten Angaben zu urtheilen, eine besondere Prädisposition eines Theiles der Unterlippe nicht zu bestehen. Sie ist in ihrer ganzen Ausdehnung gleichmässig für die Entstehung eines Carcinoms angelegt, die Unterlippe selbst aber in weit höherem Maasse wie Mundwinkel und Oberlippe. Hervorzuheben ist die Thatsache, dass auch eine ziemlich beträchtliche Zahl von Lippenkrebsen im Mundwinkel ihren Anfang nahm und dass durchaus keine Immunität dieser gegen den Krebs sich constatiren lässt. An der Oberlippe wurde der Krebs nur in 2, der Tab. III angehörenden Fällen beobachtet.

Weber fand auf 81 Fälle von Unterlippenkrebs nur 9 der Oberlippe = 11,1 %, Thiersch auf 48 Fälle von Unterlippenkrebs nur 3 der Oberlippe = 6,25 %, Winiwarter auf 62 Fälle von Unterlippenkrebs nur 5 der Oberlippe = 8,06 %.

Selbstverständlich sind unter den zwei Krebsen der Oberlippe nur Fälle verstanden, bei denen sich der Krebs primär an der Oberlippe entwickelte.

Thiersch hat den weiteren klinischen Verlauf des Lippenkrebses in vier Stadien eingetheilt.

1. Stadium. Warziges oder höckeriges Gewächs am Lippenroth oder in dessen unmittelbarer Nähe mit tiefgreifender, mit oberflächlicher oder ohne alle Ulceration.

Lippe ist frei beweglich, die Haut des Kinns verschiebbar, die entartete Stelle beim Betasten scharf abgegrenzt vom normalen Gewebe.

2. Stadium. Die Lippenschleimhaut wird Sitz der Erkrankung, das Zahnfleisch und Periost, die Schneide- und Eckzähne werden gelockert. In der Cutis rückt die Krankheit gegen das Kinn herab, während sie gleichzeitig dem Lippenrand entlang, wohl auch um den Mundwinkel herum, sich auf Wange und Oberlippe ausbreitet. Die Lippe ist schwer beweglich, die Haut des Kinns sitzt unverschiebbar auf dem Knochen auf.

3. Stadium. Die Entartung dringt in den Körper der Mandibula ein, breitet sich in der Mundschleimhaut, namentlich auf dem Boden der Mundhöhle aus. Die Anschwellung der Kinnhaut wird gleichmässig und brettartig, die Härte erstreckt sich auf die Unterkinngegend. Zu beiden Seiten oder nur auf einer Seite schwellen die submaxillaren Lymphdrüsen an, welche gewöhnlich zu grösseren, festsitzenden Massen conglomerirt sind.

4. Stadium. Die Entartung nimmt den Boden der Mundhöhle vollständig ein, durchsetzt von unten her die Zunge, geht auf den Pharynx und Larynx über. Die Härte der Unterkinngegend dehnt sich nach abwärts gegen den Kehlkopf aus. Die seitlichen Lymphdrüsen des Halses und die occipitalen schwellen an, an mehreren Orten brechen die entarteten Lymphdrüsen oder sonstige Weichtheile exulcerirend auf. Es erfolgen arterielle Blutungen. Zu der immer grösseren localen Ausdehnung gesellen sich Krebsknoten in inneren Organen.

So klassisch kurz, so prägnant skizzirend diese Eintheilung des klinischen Verlaufes in diese vier Stadien ist, so leidet sie doch an einem nicht wegzuleugnenden Fehler. Sie trägt der Thatsache nicht Rechnung, dass die Infection der Lymphdrüsen sich an kein Stadium bindet. Letztere gesellt sich zu ganz unscheinbaren, kleinen Lippenkrebsen, sie fehlt, wenn auch viel seltener, bei local weit sich verbreitenden Krebsen. Sie ist in erster Linie wohl von dem Charakter der Geschwulst abhängig, viel weniger von seiner Ausbreitung und seinem Umfange. Sobald einmal die Drüsen inficirt sind, so nehmen sie auch unweigerlich die Führung in der Reihe der klinischen Symptome, welche sich an den weiteren Verlauf des Krebses knüpfen. Ihr weiteres Wachsthum führt zu den schweren Störungen, welche endlich dem Leben des Patienten ein Ziel setzen. Ihnen gegenüber hat die locale Ausbreitung in der Mehrzahl der Fälle nur eine nebensächliche Bedeutung; letztere vermehrt die durch die Lymphdrüseninfection hervorgerufenen Uebelstände, führt aber sehr selten allein zum Tode.

In Rücksicht auf diesen Umstand verfährt man meiner Meinung nach richtiger, wenn man das klinische Material nicht nach den vier Stadien von Thiersch gruppirt, sondern nach dem Verhalten der Lymphdrüsen eintheilt. Dann wird man ein richtigeres Bild über die Schwere der einzelnen Fälle erhalten. Ist doch jeder Fall mit nachweisbarer Infection der regionären Lymphdrüsen bei noch so geringer localer Ausbreitung ernster aufzufassen, wie ein umfangreiches krebsiges Geschwür bei freien Lymphdrüsen.

Demnach sondere ich das Material in 3 grosse Gruppen.

Die erste umfasst jene Fälle, bei denen ausdrücklich bemerkt ist, dass die regionären Lymphdrüsen nicht nachweisbar geschwellt waren.

Die zweite enthält jene Fälle, bei denen die Lymphdrüsen fühlbar geschwellt waren.

In die dritte, leider recht beträchtliche Gruppe, musste ich die Fälle weisen, bei denen mir eine bestimmte Angabe über das Verhalten der Lymphdrüsen nicht zu Gebote stand.

In jeder dieser Gruppen habe ich Unterabtheilungen geschaffen, welche die locale Ausbreitung des Krebses berücksichtigen. Es sind vier Rubriken angelegt worden, in welche die Fälle untergebracht wurden, je nachdem der Krebs sich auf den Lippensaum beschränkte, oder auf die Lippensubstanz, sowohl den cutanen wie mucosen Theil, derselben übergriff, oder schon die umgebenden Weichtheile (Oberlippe, Backenschleimhaut etc.) in sein Bereich gezogen, oder endlich schon den Kieferknochen selbst afficirt hatte. Die Fälle, wo sich eine genaue Bestimmung der Ausbreitung nicht machen liess, habe ich in die Rubrik „fraglich" eingereiht.

Nachstehende Tabelle giebt eine Uebersicht über das ganze Material nach dem eben geschilderten Eintheilungsprincip. Ich glaube damit die Eintheilung derselben am durchsichtigsten und verständlichsten gemacht zu haben.

A. Die Lymphdrüsen sind frei befunden worden.

| | I | Ia | II | III | IIIa | IV | V | VI | Summa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lippensaum | — | 1 | — | 3 | — | 1 | — | — | 5 |
| Lippensubstanz | 1 | 1 | — | 10 | — | 1 | — | — | 13 |
| Umgeb. Weichtheile | 2 | — | — | 1 | — | 1 | — | — | 4 |
| Kiefer | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| fraglich | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Summa | 3 | 2 | — | 14 | — | 3 | — | — | 22 |

B. Die Lymphdrüsen waren nachweisbar inficirt.

| | I | Ia | II | III | IIIa | IV | V | VI | Summa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lippensaum | — | — | — | 1 | 1 | — | 2 | — | 4 |
| Lippensubstanz | 1 | 2 | — | 2 | 1 | — | 6 | — | 12 |
| Umgeb. Weichtheile | 2 | 1 | — | 1 | — | — | — | — | 4 |
| Kiefer | 1 | — | — | — | — | — | 1 | — | 2 |
| fraglich | — | — | — | — | — | — | — | — | — |
| Summa | 4 | 3 | — | 4 | 2 | — | 9 | — | 22 |

C. Ohne ausdrückliche Angabe über das Verhalten der Lymphdrüsen.

| | I | Ia | II | III | IIIa | IV | V | VI | Summa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Lippensaum | 1 | 6 | — | 14 | — | 2 | 2 | — | 25 |
| Lippensubstanz | 3 | 3 | 1 | — | — | 1 | 4 | — | 12 |
| Umgeb. Weichtheile | 2 | — | 1 | — | — | — | — | — | 3 |
| Kiefer | — | — | 1 | — | 1 | — | — | — | 2 |
| fraglich | 2 | 1 | 1 | 2 | — | 2 | — | — | 8 |
| Summa | 8 | 10 | 4 | 16 | 1 | 5 | 6 | — | 50 |

Aus der Tabelle geht hervor, dass von 94 Fällen
in 22 die Lymphdrüsen nicht inficirt,
in 22 = = inficirt waren.

In 50 Fällen lag keine positive Angabe über den Lymphdrüsenbefund vor. In vier Fällen stellten sich die Patienten mit einem Recidiv vor und konnten über das Verhalten der Geschwulst bei der ersten Operation keine Angaben machen.

Wenn wir annehmen — und das wird der Wirklichkeit ziemlich nahe kommen —, dass die Lymphdrüsen in den Fällen der Tabelle C unter I und Ia und IIIa, d. s. 19, inficirt, und in den der Tabelle C III, d. s. 16, von Infection frei waren, so würde sich die Zahl der Krebse, in welchen die Lymphdrüsen frei waren zur Zeit der Operation auf 38 = 48,1 %
und die der Krebse, bei welchen die Lymphdrüsen zur Zeit der Operation inficirt waren auf 41 = 51,8 %
stellen.

Näher betrachtet ergiebt die Zusammenstellung auch einen guten Beweis für die oben ausgeführte Ansicht, dass die Lymphdrüseninfection bis zu einem bestimmten Grade unabhängig von der Ausdehnung des primären Uebels erfolgt. Denn von 8 Fällen, wo das Leiden local schon auf die umgebenden Weichtheile übergegriffen hatte, gehören 4 zu denen, welche frei von Lymphdrüseninfection waren, 4 zu denen, wo bereits die Infection erfolgt war. Von den ersteren vier ist allerdings nur 1 Fall auch später definitiv von Lymphdrüsenschwellung frei geblieben.

Wenn allerdings local die Krebsgeschwulst sehr weit um sich gegriffen, so pflegen auch meistens schon die Lymphdrüsen krebsig geschwellt zu sein. Denn die beiden Patienten, bei welchen der Krebs bereits den Kiefer ergriffen, hatten auch schon greifbare Lymphdrüsenschwellungen.

Kehren wir zurück zu der Schilderung des weiteren klinischen Verlaufs.

Hat die krebsige Infiltration von dem Lippensaum ausgehend entweder auf der Schleimhautseite der Lippe oder auf der Aussenfläche weiter um sich gegriffen, so erreicht sie in kurzer Zeit auch den Kiefer. Die Geschwulst wird dadurch am Knochen fixirt, die Lippe büsst ihre freie Beweglichkeit ein.

Der Krebs schiebt sich meistens an der Aussenseite des Kiefers, denselben oberflächlich durchsetzend, entlang, sodass meistens die primäre Geschwulst, da bei einer solchen Ausdehnung Drüsenmetastasen nicht zu fehlen pflegen, bald mit diesen confluirt zu einem grossen, den ganzen Kiefer einnehmenden Tumor. Haben sich die Krebszapfen in die Knochensubstanz eingeschoben und die knöcherne Substanz theilweise ersetzt, so kann der Knochen so an seiner Festigkeit einbüssen, dass er bei ganz geringen Anlässen bricht. Nicht selten combiniren sich, bei dem umfangreichen, durch Fäulniss der Mundsecrete begünstigten Zerfall mit der krebsigen Infiltration zugleich Entzündungsprozesse, welche zu mehr oder weniger umfangreichen Nekrosen am Unterkiefer führen. Es pflegt dann einer bedeutenden Schwellung des Kiefers eine geringe Eiterentleerung mit zurückbleibender Fistelbildung zu folgen. Der Kiefer liegt nach Lockerung der Zähne bloss, seines Ueberzugs entkleidet in dem jauchigen Geschwür des Mundes.

Das Uebergreifen des Lippenkrebses auf den Unterkiefer erfolgt aber nicht allein durch Arrosion seiner Flächen. In zwei Fällen kroch er dem n. mentalis

und alveolaris folgend in den Alveolarkanal hinein und wucherte hier, den Kiefer auftreibend, als Tumor im Knochen weiter. Da mir diese Verbreitungsweise, auf welche Neumann besonders aufmerksam gemacht hat, bisher von den Klinikern zu wenig berücksichtigt erscheint — ich habe in den neuern Statistiken sie gar nicht erwähnt gefunden — so will ich hier kurz die Krankengeschichten der beiden Fälle mittheilen, da auch der klinische Verlauf sich anders gestaltet hat.

Der Wirthschaftsbeamte Hermann H. aus Fröbeln musste sich im Jahre 1878 eine an der Unterlippe entstandene, haselnussgrosse Geschwulst operiren lassen. Ein Jahr blieb Patient nach der Operation vollständig gesund. Dann fand sich eine Schwellung in der rechten Mentalgegend. Die Geschwulst sass fest auf dem Knochen auf und hinderte den Patienten am Oeffnen des Kiefers. Der Tumor war fest mit der Haut verwachsen, an der Oberfläche exulcerirt. Bei der im Monat Februar 1880 vorgenommenen Operation zeigte sich, dass die krebsige Geschwulst dem n. alveolaris entlang in den Canalis alveolaris inferior eingedrungen war. Der Nerv wurde sammt der Tumormasse, soweit wie möglich, durch Aufmeisseln der äussern Wand des Kanals freigelegt und entfernt. Die Wunde heilte per primam in kürzester Zeit zu. Bald nach der Operation stellten sich jedoch intensive Schmerzen im rechten Unterkiefer ein, welche stetig langsam weitergreifend allmälig die ganze rechte Gesichts- und Kopfhälfte einnahmen. Er suchte damals die Klinik wieder auf. Der rechte Unterkiefer erschien dem linken gegenüber in seinem Dickendurchmesser verbreitert, seine Oberfläche glatt, von Tumormassen nicht überlagert. Die alte Operationsnarbe zieht als dicker Strang zum Knochen und haftet in der Gegend des foramen mentale fest auf demselben; auf Druck ist sie schmerzhaft. Die Schwellung bezieht sich nicht allein auf den Unterkiefer, sondern macht sich in der ganzen rechten Gesichtshälfte bemerkbar. Besonders die Gegend des rechten Jochbeins scheint aufgetrieben. Die Haut ist diffus geschwellt, aber überall auf den unterliegenden Knochen verschieblich. Die rechte Wange ist in ihrer ganzen Ausdehnung absolut gefühllos. Das rechte Auge kann nicht geschlossen werden, der rechte Mundwinkel ist schlaff, kann nicht bewegt werden. Es besteht Anaesthesie im Bereich des II. und III. Astes n. trigemini und Paralyse der Gesichtsäste des n. facialis. Der Kiefer war nur 1 cm. weit zu öffnen.

Der Tumor war durch den Kanal hindurch nach der Basis des Schädels zu weiter gegangen. Von einem abermaligen operativen Eingriff wurde trotz der quälenden Bitten des Patienten, der von seinen namenlosen Schmerzen um jeden Preis befreit wollte, Abstand genommen. Er ist später in Berlin noch einer Operation unterworfen worden; aber dieselbe hat der Weiterverbreitung des Krebses auf die Ohr- und Halsgegend keinen Einhalt gethan. Patient ist an wiederholten starken Blutungen aus den zerstörten Halsgefässen gestorben.

Der 2. Fall betraf einen 66jährigen Arbeiter, der nach einer Exstirpation eines in der Mitte der Lippe sitzenden Carcinoms ein Recidiv am linken Unterkiefer bekam, welches den Knochen in einzelnen harten Knoten auftrieb. Die Tumoren waren knochenhart anzufühlen, sassen breit auf dem Knochen auf, und fühlten sich nur auf ihrer höchsten Höhe weich nachgiebig an. Sowohl am linken Unterkieferast, wie am Winkel machten sich solche, Exostosen ähnliche Ge-

schwülste bemerkbar. Ueber das weitere Schicksal des Patienten fehlt uns eine Nachricht.

In einem 3. Falle ging eine krebsige Wucherung im Alveolarkanal von einem in der Kinngegend sitzenden, auf den Knochen übergreifenden krebsigen Tumor aus.

Hat einmal, gleichgültig auf welche Weise, der Krebs den Kiefer ergriffen, so beginnen auch die Störungen des Allgemeinbefindens bei den Patienten. Während bis dahin Schmerzen fast fehlten, oder wenigstens sehr gering waren, treten jetzt heftige, namentlich nach dem Kopf ausstrahlende Schmerzen ein, welche selbst grossen Dosen der Narcotica trotzen. Vor Allem aber geht der Ernährungszustand der Patienten, der selbst bei mässig ausgebreiteten Lippenkrebsen noch ein guter ist, rapid zurück. Durch Uebergreifen des Krebses auf den Mundboden, die Zunge, die Kiefermuskulatur, die Wange wird die Nahrungsaufnahme so erschwert, dass ein rascher Verfall der Kräfte leicht erklärlich ist. Die Zunge wird in ein steifes, starres Organ verwandelt, das nicht mehr im Stande ist, die Speisen im Munde herumzuführen zum Zweck einer genügenden Zerkleinerung; das Schlingen ist behindert, die Sprache der Patienten wird unverständlich. Zu der schweren Beeinträchtigung der Mundverdauung gesellt sich die durch die Stagnation bedingte Zersetzung der Mundsecrete und der Nahrung, die Vermischung der Nahrungsstoffe mit den Producten des geschwürigen Zerfalls des in die Mundhöhle meist als breites Geschwür hineinragenden Tumors. Umfangreiche Ulcerationen auf der Aussenfläche, im Gesicht auf der Höhe des üppig wuchernden Tumors bewirken durch profuse Eiterung einen schnellen Säfteverlust, der durch wiederholte Blutungen aus arrodirten Gefässen, nicht selten direct zum Tode führend, rasch gesteigert wird.

So gehen die Patienten an Marasmus, meist erhungernd zu Grunde, wenn nicht durch Pneumonieen, hervorgerufen durch die Beeinträchtigung des Schluckactes, den Patienten ein schnelles Ende bereitet wird.

Metastasen in den inneren Organen sind unserer Erfahrung nach sehr selten. Wenigstens sind bei keinem unserer Patienten — müsste man vielleicht einen, der an »galoppirender Schwindsucht« starb, hierher zählen — Symptome einer krebsigen Degeneration innerer Organe aufgetreten, oder besser gesagt, erwähnt.

Das Leiden dauerte im Allgemeinen nach einem aus 25 Fällen mit genaueren Angaben gezogenen Durchschnitt 3,72 Jahr. Der eine inoperabel remittirte Patient hatte 7 Jahre zu leiden. Bei 28 Patienten, über welche genauere Angaben vorliegen, trat nach der ersten Operation der Tod im Durchschnitt nach 17,1 Monaten ein. Bei einem der Patienten erfolgte der Tod bereits 2 Monate nach der ersten Operation.

8 Patienten starben intercurrent, und zwar 4 Patienten, ohne dass eine Spur des alten Leidens wieder sich bemerkbar gemacht hätte. (1 an Abzehrung, 1 an Lungenentzündung, 1 an Tabes dorsalis, 1 an pyämischer Gelenkentzündung.) Bei 3 Patienten ist die Ursache des Todes nicht zu constatiren gewesen. 1 Patient hat sich den qualvollen Leiden des Recidivs durch Selbstmord entzogen.

Von 4 Patienten liegen Obductionsbefunde vor. Bei einem an Recidiv gestorbenen Patienten fand sich eine Peribronchitis fibrosa caseosa, bei einem andern eine Pneumonia lobula chronica interstiticialis lobi inf. neben dem Recidiv. Einer

der an der Operation zu Grunde gegangenen Patienten erlag einer genuinen Pneumonie, ein anderer einem mit brauner Atrophie des Herzens verbundenen Lungenemphysem. Kein Fall wies innere Metastasen auf.

Die krebsige Infection der Lymphdrüsen nimmt in dem klinischen Bilde des Verlaufs des Lippenkrebses, wie schon oben gesagt, eine ganz besondere Stellung ein und bedarf daher einer etwas näheren Besprechung.

Ein Blick in den anatomischen Atlas lehrt, dass die Lymphe der Lippe und ihrer nächsten Umgebung sich in eine Drüsengruppe ergiesst, welche von der Mitte des Unterkieferkörpers zum Kieferwinkel hinzieht und von den Anatomen unter dem Namen der gl. submaxillares zusammengefasst wird. Mit Recht scheidet Gussenbauer diese Drüsen in zwei Gruppen. Die vordere Drüse, gl. submentalis, liegt dicht hinter der Mitte des Körpers des Unterkiefers zur Seite der art. submentalis und art. sublingualis. Die zweite hintere Gruppe bilden drei etwas vor der art. maxillaris externa gelegene (eine von ihnen liegt auf der Arterie) kleine Drüschen.

Diese hintere Gruppe communicirt mit den dicht am Kieferwinkel gelegenen gll. jugulares superiores, welche ihre Lymphe wieder in den Plexus lymphaticus jugularis und die gll. cervicales superficiales abgeben. Diese der Lippe fernsten Drüsen werden selbstverständlich meist erst in den vorgerückten Stadien des Lippenkrebses ergriffen.

In unseren Fällen wurden fast ausschliesslich die ersten Metastasen in den eigentlichen glandul. submaxillares beobachtet; nur einmal schwollen gleichzeitig mit den Submaxillardrüsen auch die Unterkinndrüsen an.

Sitzt die Affection einseitig, so werden zunächst die Drüsen derselben Seite befallen; ein einziges Mal ist bei rechtsseitigem Sitz eine leichte Schwellung der linken Submaxillardrüsen mit erwähnt. Hat sich die Affection in der Mitte der Lippe etablirt, so pflegen nicht selten die Unterkieferdrüsen beider Seiten inficirt zu werden.

Bei der ganzen Frage der Lymphdrüseninfection liegt die Schwierigkeit in der Bestimmung des Zeitpunktes, wenn die Drüsen für inficirt zu erklären sind. Im Gegensatz zu Gussenbauer, der so gut wie jede regionäre Lymphdrüse bei einem Carcinom für inficirt hält, habe ich bei der Zusammenstellung unseres Materials nur dann von einer Infection der Lymphdrüsen gesprochen, wenn dieselben greifbar geschwellt waren. Ich glaube nicht, dass die minutiösen Veränderungen, welche Gussenbauer bei Drüsen gefunden hat, welche nicht fühlbar geschwellt, bei der Exstirpation eines Krebses entfernt worden sind, genügen, um sie für inficirt zu erklären. Sie können das Product einer entzündlichen Reizung sein, welche nach Beseitigung der reizenden Ursache von selbst wieder verschwindet. Gehen ja selbst, wie mannigfache, gut beobachtete Fälle beweisen, durch's Gefühl tastbare Schwellungen der Drüsen nach Entfernung des primären Tumors dauernd zurück.

So richtig der Schluss Gussenbauers ist, den er aus seinen mikroskopischen Untersuchungen für sich zieht, bei jedem Carcinom von vornherein die regionären Lymphdrüsen zu entfernen, so erscheint es mir vorläufig noch zu verantwortlich, jede, auch die kleinste Operation zur Entfernung eines Lippenkrebses durch eine

nicht ganz leichte, eventuell sogar doppelseitig auszuführende Drüsenexstirpation compliciren zu sollen. Allenfalls dürfte dies in der Klinik durchzuführen sein. Der praktische Arzt wird sich kaum dazu entschliessen.

Wir besitzen vorläufig kein sicheres Criterium für die Infection der Lymphdrüsen. Wir müssen uns mit der fühlbaren, manchmal auch schmerzhaften Schwellung der Lymphdrüsen begnügen, trotzdem sie uns auch, wie der von Winiwarter beobachtete, pag. 168 mitgetheilte Fall beweist, trügen kann. Eine als unzweifelhaftes Recidiv angesehene harte Schwellung am Mundboden nach Exstirpation degenerirter Lymphdrüsen entpuppte sich nach $^1/_2$ Jahr als ein Abscess, der sich spontan öffnete. Der Kranke ist geheilt geblieben.

Aber im Grossen und Ganzen werden wir mit der Annahme einer Infection bei fühlbarer Schwellung, und eines Ausschlusses jener, wenn diese fehlt, nicht allzu sehr fehl gehen. Dies beweist die Thatsache, dass von den 22 Patienten, bei welchen ausdrücklich die Drüsen für nicht geschwellt erklärt worden sind, 14 jetzt noch ohne Recidiv leben, ein 15. ist 2 Jahre nach der Exstirpation des Krebses frei von jeder Metastase an einer septischen Gelenkvereiterung gestorben. Es hat sich also in 68,1 % der Fälle unsere Diagnose bewährt.

Angesichts dieses Umstandes halte ich es für gerechtfertigt, wenn ich die Diagnose einer Infection der Lymphdrüsen von der fühlbaren Schwellung derselben abhängig gemacht habe.

Zugeben will ich, dass vielleicht unter den »carcinomatösen Drüsen« einige nur entzündlich geschwellte untergelaufen sind; sie werden aber sicherlich nur einen sehr geringen Bruchtheil bilden.

Der Einwand, dass man die Drüsenschwellung leicht übersehen kann, dass sie schwer zu constatiren ist, ist wohl nicht stichhaltig. Palpirt man bimanuell, einen Finger am Mundboden, im Munde, den andern aussen am Kiefer, so kann man das ganze Diaphragma oris recht gut abtasten und wird, wenn die Theile noch weich sind, eine selbst nicht bedeutende Schwellung gut durchfühlen können. Die Drüsen liegen dann als bohnengrosse, seltener haselnuss- oder pflaumengrosse Körper, meist an der Oberfläche glatt, noch gut verschieblich, nur in späteren Stadien mit dem Kiefer oder den Weichtheilen fest verwachsen, an der Innenfläche des Unterkiefers. Die Consistenz kann öfter verschieden sein, je nachdem die carcinomatöse Infiltration derber oder weicher ist, und je nachdem Degenerationsprozesse schon eingetreten sind. Grade an den Unterkieferdrüsen wird nach Lippen- und Schleimhautcarcinomen nicht selten eine cystische Degeneration der Drüsen (cfr. Fall Ia 7) beobachtet.

Wovon die Infection der Lymphdrüsen im Wesentlichen abhängt, entzieht sich bislang noch unserer Kenntniss.

Im Allgemeinen lässt sich wohl der Grundsatz aufstellen, dass sie desto eher vorhanden sein wird, je grösseren Umfang die Krebsgeschwulst angenommen hat. Es werden ja natürlich bei der localen Ausbreitung des Tumors immer mehr und

mehr Lymphbahnen in das Bereich der Geschwulst gezogen; das Quellgebiet des Infectionsstoffes wird immer grösser; er kann viel leichter und ausgiebiger der Drüse zufliessen.

Wenn wir in Rücksicht auf die Ausdehnung der primären Geschwulst unsere Fälle mit nachweisbarer Lymphdrüsenschwellung mustern, so lehrt uns ein Blick auf die obige Tabelle B, dass bei 4 Fällen die Geschwulst sich auf den Lippensaum beschränkt, dass bei 12 Fällen schon die Lippensubstanz, sowohl die vordere wie hintere Fläche der Lippe von dem Tumor eingenommen war, und dass in 4 Fällen die Geschwulst schon auf die umgebenden Weichtheile übergegriffen hatte. In 2 Fällen war bereits der Kiefer afficirt.

Es waren also die Mehrzahl der Fälle schwerer Natur.

Wie lange bestanden die Krebse schon?

Bei den ersten vier Fällen ergab sich als Mittel der Dauer des Bestehens 0,81 Jahr,

bei den 12 1,7 = (Mittel aus 10, zwei fraglich),
bei den andern 4 1,83 = (Mittel aus 3, einer fraglich),
bei den letzten 2 5,5 = (einer davon hatte 9 Jahr bestanden).

Eine sehr auffällige Congruenz der Schwere der Erkrankung mit der Zeit des Bestehens!

Der Durchschnitt aus allen Fällen berechnet stellt sich auf 1,98 Jahr.

Diese Zahl bekommt aber erst Werth, wenn wir einmal die Dauer des Bestehens der primären Affection bei den Fällen berechnen, welche unserer Meinung nach frei von Lymphdrüseninfection waren.

In den 5 Fällen der Tabelle A, in welchen das Geschwür nicht über den Lippensaum hinausging, stellt sich die Dauer im Mittel auf 2,41! Jahr; bei 13 Fällen, mit einem auf die Lippensubstanz sich verbreitenden Geschwür auf 1,19 Jahr; bei 4 mit Affection der umgebenden Weichtheile auf 1,56 Jahr.

Das Mittel in allen Fällen gezogen liegt bei 1,59, unterscheidet sich also kaum von dem oben für die Fälle mit Lymphdrüseninfection aufgestellten.

Es bestätigt dies die Annahme, dass sowohl die locale Ausbreitung wie die Infection der Lymphdrüsen viel mehr von dem Charakter des Geschwürs abhängen, wie von der Zeit seines Bestehens. Dieselben Umstände, welche eine rapide locale Entwickelung eines Tumors bedingen, führen auch frühzeitig eine Infection der Lymphdrüsen herbei.

Selbstverständlich lässt sich in den oben besprochenen Fällen die Zeit, wie lange die Lymphdrüsenschwellung schon bestand, nicht eruiren. Wurden doch die meisten Patienten erst durch unsere Untersuchung auf die Vergrösserung der Drüsen aufmerksam gemacht.

Annähernd lässt sie sich mit gewissen Einschränkungen nur aus den Fällen bestimmen, bei welchen bei der ersten Exstirpation eines Lippencancroids nachweisbar keine Lymphdrüsenschwellung bestand, später aber ohne locales Recidiv eine Drüsenmetastase auftrat.

Es war dies in folgenden Fällen zu beobachten:

1. Beginn des Leidens 1875. 1. Exstirpation 1877. Geschwulst in den umgeb. Weichtheilen. Drüsenmetastase, welche ohne weitere Operation in 2 Jahren zum Tode führte.
2. Beginn des Leidens 1876. 1. Exstirpation 1876. Geschwür am Lippensaum. Drüsenmetastase April 1878.
3. Beginn des Leidens 1880. 1. Exstirpation 1881. Geschwulst in der Lippensubstanz. Nach 2 Monaten Metastase.
4. Beginn nicht anzugeben. 1. Exstirpation 1881. Ausbreitung nicht angegeben. Nach 4 Monaten Metastase.
5. Beginn $^1/_4$ Jahr vor der Operation. 1. Exstirpation 1876. Geschwulst in der Lippensubstanz. Nach 11 Monaten Metastase.
6. Beginn 1875. 1. Exstirpation 1876. Geschwulst in der Lippensubstanz. Nach einem Jahr Metastase.
7. Beginn? 1. Exstirpation 1876. Geschwür am Lippensaum. Nach 1 Jahr Metastase.
8. Beginn 1872. 1. Exstirpation 1877. Geschwür am Lippensaum. Nach 2 Jahren Drüsenmetastase.
9. Beginn 4 Monate vor der 1. Exstirpation 1878. $2^1/_2$ Jahr später Drüsenmetastase.

In den beiden Fällen, bei welchen die Metastasen so schnell, 2 und 4 Monate nach der Operation, in den Drüsen auftraten, darf man wohl annehmen, dass hier eine Schwellung der Drüsen bei der Operation schon bestanden hat, aber übersehen worden ist. Denn bei den andern Patienten verlief eine viel längere Zeit, ehe die Drüsenmetastasen zur Entwickelung kamen. In einem Falle kamen sie nach 11 Monaten, in 2 nach einem Jahr, in 4 Fällen brauchten sie 2—$2^1/_2$ Jahre, ehe sie manifest wurden.

Es macht den Eindruck, als ob durch die Beseitigung des Seitens des primären Tumors ausgeübten Reizes die Entwickelung der malignen Neubildung in der Drüse aufgehalten und gehemmt würde.

Sicherlich lernen wir aus dem obigen Factum, dass wir von einer definitiven Heilung nicht sprechen dürfen, bevor nicht mindestens drei Jahre nach der Operation verflossen sind. Wir befinden uns damit in Uebereinstimmung mit Winiwarter und Koch gegenüber Thiersch, der die Probezeit auf 5 Jahre geschraubt wissen will. Wir werden bei Besprechung der Recidive noch einmal darauf zurückkommen. Gleichzeitig wird sich ja auch dort Gelegenheit finden, die Erfolge zu besprechen, welche eine frühzeitige Entfernung der entarteten Drüsen hinsichtlich der radicalen Heilung aufzuweisen hat.

Die Behandlung des Lippencarcinoms war ausschliesslich eine operative.

Eine Uebersicht über die Art und den Umfang der operativen Eingriffe ist in den folgenden Tabellen gegeben, von denen die erste alle ersten Operationen, die an den Patienten in der Anstalt vorgenommen wurden, umfasst, die zweite die Operationen, welche bei schon einmal von uns operirten Patienten nöthig wurden.

Leider sind die klinischen Notizen grade über die Ausführung der Operation so dürftig, dass ich von einer eingehenderen Besprechung der Operationsmethoden Abstand nehmen muss. Sie ist auch unnöthig, da wir, namentlich was die plastischen Operationen anlangt, den von Bruns und Thiersch gegebenen Vorschriften gefolgt sind.

Nur auf einen Punkt möchte ich hier näher eingehen, auf die Berechtigung des V Schnittes zur Entfernung des Lippencarcinoms. Trotzdem derselbe von Thiersch für fast unbrauchbar, ja gefährlich erklärt worden ist, ist er doch bei uns recht viel zur Verwendung gekommen. Die Forderung, welche Thiersch stellt, dass man in erster Linie an radicale Entfernung des Carcinoms, dann erst an die Deckung des Defectes denken solle, ist jedenfalls vollkommen richtig. Aber sollte sich das nicht mit der Ausführung des Keilschnittes vereinen lassen? Bei kleinen flachen Krebsen verdient er vor der einfachen Abtragung mit flachem Scheerenschnitt und folgender Umsäumung der Lippe, wegen seines kosmetisch unzweifelhaft besseren Resultates, sicherlich den Vorzug. Die wenigen Fälle, in denen ich diese flache Abtragung ausgeführt, haben mich nicht befriedigt. Vor Allem ist schon die Heilung, trotz sorgfältiger Naht, viel langsamer, als beim V Schnitt. Ausserdem wird ein durch Umsäumung der Lippe mit Schleimhaut hergestellter Lippensaum mit der Zeit atrophisch; die Lippe bekommt an der Stelle einen Einkniff. Die glatte Narbe, der Rest des fast ausnahmslos per primam verheilenden Keilschnittes, ist nach Jahren an der Lippe kaum sichtbar.

Aber selbst bei einigermassen umfangreichen Lippencarcinomen von 2—3 cm Ausdehnung ist der Keilschnitt noch recht gut auszuführen, Dank der ungemeinen Plasticität der Lippe. Hier eine complicirte Anfrischung mit plastischem Ersatz zu machen, Bruns'sche oder Sedillot'sche Lappen zu bilden, dazu wird sich der praktische Arzt, dem ja doch meistens die ersten Stadien des Lippencarcinoms zur Behandlung kommen, kaum entschliessen; wenn auch Thiersch behauptet, »dass die Ausführung dieser Methoden für einen Arzt, der das Messer einigermassen zu führen versteht, keine erheblichen Schwierigkeiten bereitet.«

Die umfangreichen Zerstörungen der Lippe durch Krebs sind selbstverständlich mit dem Keilschnitt nicht zu beseitigen. Wenn der Lippenrand fast in seiner ganzen Ausdehnung ergriffen, wenn die Lippensubstanz weit infiltrirt ist, der Tumor womöglich gar schon auf dem Kiefer festsitzt, dann wird wohl Niemand mehr ernstlich hoffen, einen Keilschnitt ausführen zu können. Hier treten die sinnreich erdachten plastischen Operationen, wie sie namentlich von Bruns empfohlen sind, voll und ganz in ihre Rechte.

Geschwülste jedoch, welche am Lippensaum sitzen und nicht über 3 cm breit sind und nicht zu tief in die Lippensubstanz, sei es auf der äusseren, sei es auf der Schleimhautseite, hineingreifen, kann man, glaube ich, unbedenklich mit dem Keilschnitt entfernen. Zu dieser Behauptung ermuthigen mich die erzielten Resultate, die ich hier kurz vorweg nehmen will.

Erste Operationen.

| | I | Ia | II | III | IIIa | IV | V | Summa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. flache Abtragung..... | — | — | — | 2 | — | — | — | 2 |
| 2. einfache Exstirpation ..... | 10 | 1 | 2 | 14 | — | 6 | 9 | 42 |
| 3. Keilschnitt ..... | 1 | 2 | — | 12 | 1 | — | 1 | 17 |
| 4. Exstirpation mit grösserer Plastik | 3 | 3 | 1 | 2 | — | 1 | — | 10 |
| 5. Exstirpation mit Entfernung der Lymphdrüsen..... | 1 | 2 | — | 3 | 1 | — | 3 | 10 |
| 6. Entfernung von Drüsen allein .. | — | 1 | — | — | — | — | — | 1 |
| 7. Entfernung eines Recidivs .... | — | 7 | — | 1 | 1 | 1 | 2 | 12 |
| 8. Exstirpation mit Resection .... | — | — | 1 | — | 1 | — | — | 2 |

Wie aus der vorstehenden Tabelle hervorgeht, welche die Operationen umfasst, die an den Kranken bei ihrer ersten Aufnahme in die Klinik vorgenommen wurden (hier sind also die von auswärtigen Aerzten vor der Aufnahme in die Anstalt ausgeführten Operationen nicht mit einbezogen), so ergiebt sich, dass der Keilschnitt 17 mal zur Verwendung kam. Von diesen 17 Patienten sind 12 bis jetzt geheilt geblieben. Ich muss aber hinzufügen, dass ein ziemlich bedeutender Bruchtheil der Patienten, bei welchen der Krebs »einfach exstirpirt« wurde, sicherlich auch mit dem Keilschnitt operirt worden sind. Ich habe unter der 2. Rubrik die Fälle subsumirt, in deren klinischen Notizen »Excisio, Exstirpatio« als Operationsmethode eingetragen war. Nehmen wir den ungünstigsten Fall an, es wären alle 42 auch nur mit Keilexcision behandelt worden, so finden sich von den 49 Patienten (deren Schicksal uns bekannt) der Rubrik 2 und 3 26, also über die Hälfte unter den ohne Recidiv lebenden Patienten; in Anschlag ist noch zu bringen, dass 4 Patienten der Rubrik IV noch mindestens 2 Jahre ohne Recidiv gelebt haben. Es sind demnach 61,2 % dauernd von ihren Leiden befreit worden durch die Anwendung des $\vee$ Schnittes.

Ich habe dabei noch zu Ungunsten des Keilschnittes gerechnet, weil ein Theil der 14 Fälle, welche sich unter Rubrik »einfache Exstirpation« befinden, auch Patienten waren, bei denen die Ausbreitung des primären Tumors die Keilexcision nicht mehr zuliess, sondern Exstirpationen mit kleineren plastischen Operationen nothwendig machte.

Ueberblicken wir die Reihe der bei den Patienten bei ihrer ersten Aufnahme in die Anstalt vorgenommenen Operationen:

so wurde 2 mal flache Abtragung,
42 mal einfache Exstirpation,
17 mal keilförmige Excision,
10 mal Exstirpation mit plastischem Ersatz,
10 mal Exstirpation mit Entfernung der zugehörigen Lymphdrüsen,
1 mal Entfernung der Lymphdrüsen allein,
2 mal Exstirpation mit Resection des Unterkiefers,
12 mal Entfernung eines Recidivs

ausgeführt.

Was ich über die flache Abtragung und die keilförmige Excision denke, habe ich bereits oben ausgesprochen.

Die plastischen Operationen bin ich ausser Stande ausführlicher zu besprechen, da mir über die meisten Fälle eingehendere Notizen fehlen. Sie wurden nach den üblichen, von Szymanowski in so eingehender Weise dargelegten und anschaulich gemachten Methoden vollzogen. Einmal wurde von der Lippensaumverziehung nach Langenbeck in der ausgiebigsten Weise mit sehr gutem localen Erfolge Gebrauch gemacht.

Zweimal gestalteten sich die plastischen Operationen sehr ausgiebig, weil zugleich eine Exstirpation der Lymphdrüsen von der Operationswunde aus vorgenommen wurde. Namentlich erforderte der Fall Ia 11 wegen der überaus umfangreichen Ausbreitung des Krebsgeschwürs eine schwierige Lippen-Wangenbildung.

Bei einem Patienten musste wegen Uebergreifens der Neubildung vom Mundwinkel aus auf den Oberkiefer dieser Knochen partiell resecirt werden.

Der zweite Fall, in welchem eine Abmeisselung des Unterkiefers sich als nothwendig erwies, betrifft einen Patienten, bei dem erst die mikroskopische Untersuchung die Diagnose auf Carcinom stellen liess. Patient kam mit einer auf den Knochen führenden Fistel in der Kinngegend in Behandlung, so dass man eher glauben konnte, es handele sich um eine Caries oder Nekrose dieses Knochens. Auffällig war die starke Geschwulst der Weichtheile in der Umgebung, sowie die spärliche Secretion aus der Fistel. Durch das Mikroskop wurde unzweifelhaft eine carcinomatöse Infiltration der Weichtheile constatirt. Patient soll auch bereits ein Recidiv haben.

Das von Winiwarter empfohlene Verfahren, den arrodirten Knochen mit Chlorzinkpasta oberflächlich zu nekrotisiren, ist bei uns nie angewendet worden.

Die umfangreichsten Operationen waren bei den Patienten erforderlich, welche, auswärts operirt, sich mit Recidiven bei uns vorstellten. Es sind dies folgende Fälle:

1. Fall Ia 3. 1. Operation ein Jahr vorher. Lippenplastik. Jetzt regionäres Recidiv und Drüsenmetastase.
2. Fall Ia 8. 1. Operation 6 Wochen vorher. Locales und Drüsenrecidiv. Exstirpatio tumoris et glandularum.
3. Fall Ia 9. 1. Operation nicht anzugeben. Jetzt locales Recidiv. Exstirpation.
4. Fall Ia 10. Vor 3 Jahren 1. Operation. Seit 1 Jahr Recidiv regionär und in den Drüsen. Resectio maxillae inf. partialis.
5. Fall Ia 12. Vor 1 Jahr 1. Operation. Jetzt locales, in den Knochen kriechendes Recidiv. Aufmeisselung des canalis inframaxillaris.
6. Fall Ia 15. Vor 3 Monaten zuerst operirt. Locales Recidiv. Exstirpation mit Plastik und Drüsenentfernung.
7. Fall Ia 16. Vor $^1/_4$ Jahr operirt. Locales, auf den Knochen übergreifendes Recidiv. Totale Resection des Unterkiefers wegen Füllung des Alveolarkanals mit Krebsmassen.
8. Fall III 3. Vor 1 Jahr 1. Operation. Entfernung eines kleinen localen Recidivs.
9. Fall IV 6. Vor 1 Jahr operirt. Jetzt Exstirpatio et resectio part. mandibulae. Plastik.

10. Fall V 7. Vor ½ Jahr 1. Operation, dann nochmals operirt. Exstirpation eines localen Recidivs und Drüsenmetastase.
11. Fall V 10. Hier wurde bei der 1. Operation in das Carcinom hinein operirt. Es bestanden schon bedeutende Drüsenschwellungen, welche, unberührt gelassen, sich acut weiter entwickelten. Es musste ein kleines locales Recidiv und eine umfangreiche Drüsengeschwulst, bis auf die Scheide der grossen Gefässe reichend, Parotis, Massetes infiltrirend, entfernt werden.

In fünf dieser Fälle war noch kein Vierteljahr verstrichen seit der ersten Operation, so dass es sich wohl um sehr schnell auftretende, sogenannte continuirliche, aus stehen gebliebenen Tumorresten sich entwickelnde Recidive handelt. In den anderen Fällen lag zwischen der 1. Operation und der Vorstellung mit Recidiv in der Klinik ein Zeitraum von mindestens 1 Jahr.

Vergleichen wir diese Fälle mit denen, welche nach der bei uns vorgenommenen Operation sich später noch einmal operiren lassen mussten.

Es sind dies:

1. Fall Ia 1. 1. Operation 1 Jahr vor der zweiten. 1. Operation war eine Exstirpation mit Plastik. Locales Recidiv.
2. Fall Ia 2. 1. Operation (Exst. mit Plastik) 1 Jahr vorher. Jetzt Drüsenmetastase in einer schon bei der ersten Operation geschwellten Drüse.
3. Fall Ia 6. 1. Operation (Umfangreiche Excision mit Plastik) vor 4 Monaten. Locales und Drüsenrecidiv.
4. Fall Ia 7. 1. Operation 2½ Jahr vorher. Jetzt Drüsenmetastase.
5. Fall II 4. 1. Operation 1 Jahr vorher. Jetzt locales Recidiv.
6. Fall III 6. 1. Operation vor 6 Monaten. Narbenrecidiv macht Exstirpation mit plastischem Ersatz nothwendig.
7. Fall. 1. Operation 10 Monate vor der zweiten, die wegen localen Recidivs vorgenommen werden musste.
8. Fall. 1. Operation 6 Monate vorher. Trotz Exstirpation der Drüsen bei der 1. Operation doch Drüsenrecidiv.

Die ersten vier dieser Fälle sind auch noch einer dritten Operation unterworfen worden.

Es überwiegen auch hier die localen Recidive, trotzdem zum Theil umfangreiche Exstirpationen mit plastischem Ersatz vorangegangen waren.

Als inoperabel sind remittirt worden zwei Kranke, bei denen die carcinomatöse Infiltration von den Drüsen aus auf den Zungengrund und den Mundboden übergegangen war.

Sobald einmal das Recidiv solche Dimension angenommen hat, haben wir von einem operativen Eingriff Abstand genommen, da ja die Chancen für eine radicale Beseitigung gleich Null sind und einen so schweren Eingriff, der nicht selten den Tod zur Folge hat, durchaus nicht rechtfertigen. Aus diesem Princip sind deshalb noch eine Zahl Patienten, welche nicht in der Tabelle VI verzeichnet sind, zurückgewiesen worden, wenn sie sich nach vorangegangenen Operationen mit so ausgedehnten Recidiven vorstellten.

Im Ganzen sind also

96 erste,
8 zweite,
5 dritte

Operationen an den einzelnen Patienten ausgeführt worden, das sind in Summa 109 Operationen.

Der unmittelbare Erfolg dieser Operationen war nur in vier Fällen ein ungünstiger. Bei zwei derselben ist es mir nicht mehr gelungen, die Todesursache zu eruiren (die klinischen Bücher dieser Zeit geben darüber keinen Aufschluss). Bei dem 3. Patienten, der eine Kieferresection durchgemacht hatte, lautete der Sectionsbefund: Oedema et emphysema pulmonum. Degeneratio fusca et adiposa cordis. Atrophia lenis, Atherosis arcus aortae. Ulcus parvum ventriculi. Der Tod ist also nicht direct in Folge der Operation bei dem 73jährigen Manne eingetreten.

Ein 4. Patient erlag am 6. Tage nach der Exstirpation doppelseitiger Lymphdrüsen einer durch die Section constatirten genuinen Pneumonie.

Solche Todesfälle wird man stets als Operateur zu beklagen haben. Sie sind streng genommen nicht auf Kosten der Operation zu rechnen.

Bei allen anderen Patienten war der Ausgang der Operation ein günstiger. Trotz recht schwerer, umfangreicher Operationen mit Fortnahme des Kiefers bei nicht selten mangelhafter Hautbedeckung ist kein Todesfall direct der Operation zur Last zu legen. Weder Bronchopneumonie, noch eitrige Zellgewebsentzündung traten auf; kein Patient wurde septisch oder pyämisch. Ja, was fast nicht glaublich erscheint, keiner der Kranken hat während seiner Kurzeit ein Erysipel durchzumachen gehabt. Eine Thatsache, die der antiseptischen Behandlung zu danken ist.

Welches ist nun der definitive Erfolg unserer operativen Behandlungsweise?

Von den 81 Patienten (die zwei inoperablen Patienten und die 15, über deren Schicksal uns keine positiven Nachrichten vorliegen, abgerechnet)

| | | |
|---|---|---|
| sind an Recidiv gestorben ..... | 31 = | 37,2 % |
| bald nach der Operation gestorben | 4 = | 4,9 % |
| intercurrent gestorben ..... | 8 = | 9,8 % |
| in Summa gestorben ..... | 43. | |

Die Mehrzahl derselben erlag also dem Recidiv. Die Krankheitsdauer in diesen Fällen belief sich von Beginn der Krankheit an gerechnet

bei den Kranken der Tab. I in maximo 9, in minimo 1 Jahr, im Durchschnitt auf 3,8 Jahre,

bei den Kranken der Tab. Ia in maximo 9, in minimo $1\frac{1}{4}$ Jahr, im Durchschnitt auf 4 Jahre.

Nach der letzten Operation verflossen noch bis zum Tode bei den Kranken der Tabelle I im Durchschnitt 12,9 Monate, bei den Kranken der Tabelle Ia im Durchschnitt 13,5 Monate, so dass es den Anschein hat, als ob die wiederholten Operationen den tödtlichen Ausgang um eine, wenn auch kurze Spanne Zeit hinauszuschieben vermöchten.

Ueber das Auftreten der Recidive nach ihrem Sitz verschafft uns die umstehende Tabelle einen Ueberblick.

Das erste Recidiv trat auf

| | I | Ia | II | III | IIIa | IV | V | VI | Summa |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| local ..... | — | 4 | 1 | 3 | 2 | — | 1 | — | 11 |
| in den Drüsen ..... | 4 | 5 | — | — | — | — | — | — | 9 |
| local und in den Drüsen .... | 6 | 7 | — | — | 1 | 2 | 1 | 1 | 18 |
| nicht genau anzugeben ..... | 5 | — | — | — | — | — | 2 | — | 7 |
| Summa ... | 15 | 16 | 1 | 3 | 3 | 2 | 4 | 1 | 45 |

Die Mehrzahl der Recidive waren gemischte, d. h. Recidive, welche an der Stelle der früher vorgenommenen Operation eintraten, zugleich mit Drüsenmetastasen.

Es ist von grösstem Interesse, zu wissen, wie lange nach der Operation das Recidiv eintrat. Nicht in allen Fällen ist diese Frage exact zu beantworten, da einerseits die Kranken den Termin des Erscheinens des Recidivs, das ja nicht plötzlich kommt, nicht genau angeben können, andererseits die von den Patienten erhobenen Angaben in diesem Punkte nicht immer zuverlässig sind.

Verfolgen wir zunächst die Recidive der Tabelle I, d. h. der Patienten, bei denen das erste Recidiv zum Tode führte, weil die Patienten entweder auf eine nochmalige Operation verzichteten, oder bei ihrer Wiedervorstellung das Leiden sich schon zu sehr ausgebreitet erwies, so zeigt sich, dass bei den ersten vier Patienten, welche an Metastasen in den Drüsen starben, das Recidiv eintrat

1. ? Tod 19 Monate nach der Operation,
2. ½ Jahr, Tod 12 Monate nach der Operation,
3. continuirlich, Tod 6 Monate nach der Operation,
4. 4 Monate, Tod ?

Das Recidiv erfolgte sehr schnell, durchschnittlich nach 3 Monaten und führte rasch, höchstens in 19 Monaten, frühestens in 6 Monaten den Tod herbei, also durchschnittlich nach 15,9 Monaten.

Bei den 6 Patienten, welche an einem localen und einem Drüsenrecidiv zu leiden hatten, zeigte sich das Recidiv

1. continuirlich, Tod nach ca. 17 Monaten,
2. nach 3 Monaten, Tod nach ca. 24 Monaten,
3. nach 3 Monaten, Tod nach 19 Monaten,
4. ? Tod nach 18 Monaten,
5. ? Tod nach 14 Monaten,
6. nach 2 Monaten, Tod nach 8 Monaten.

Demnach verstrichen bis zum Eintritt des Recidivs in den 6 Fällen mit gemischtem Recidiv im Durchschnitt 2 Monate. Das Recidiv brauchte bis zur Erschöpfung der Kräfte der Patienten im Durchschnitt 16,6 Monate, längstens 24, kürzestens 8 Monate.

Bei den 5 anderen Patienten, bei denen der Sitz des Recidivs nicht genau anzugeben war, gestalteten sich die recidivfreien Zeiten

1. ? Tod ?
2. continuirlich, Tod 2 Monate nach der Operation,
3. 6 Monate, Tod 17 Monate = = =
4. ? Tod 8 Monate = = =
5. 6 Monate, Tod 9 Monate = = =

Die Zeit der scheinbaren Heilung war auch hier im Ganzen kurz. Die Erkrankung brachte durchschnittlich in 9 Monaten den Tod.

Ziehen wir aus den Fällen mit genauer Angabe das Mittel, so stellt sich bei der Tabelle I. die recidivfreie Zeit auf 3 Monate. Der Tod trat ein durchschnittlich 13,3 Monate nach der Operation.

Für diesen überraschend schnellen Eintritt des Recidivs und den rapiden Verlauf des Leidens lässt sich vielleicht eine Erklärung finden, wenn wir untersuchen, welche Ausdehnung das Uebel bereits erreicht, als die Kranken sich der ersten Operation unterwarfen.

Die Fälle, in ganz derselben Reihenfolge aufgeführt, zeigten bei der Operation folgende Ausdehnung des Krebses und machten folgende Operation nothwendig:

1. Ausdehnung III*). Operation: Exstirpation mit Plastik.
2. = I. = einfache Exstirpation.
3. = II. = Exstirpation mit Plastik.
4. = V. = einfache Exstirpation.
1. = III mit Drüsen. = = =
2. = II. = = =
3. = V. = = =
4. = II. = = =
5. = III. = Exstirp. mit Drüsenausräumung.
6. = III. = Exstirpation.
1. = II. = =
2. = IV. = Exstirpation mit Plastik.
3. = II. = Exstirpation mit Plastik.
4. = IV. = Exstirpation.
5. = III. = Excisio cuneiformis.

Es waren demnach von den 15

1 Fall mit Ausdehnung nur auf den Lippensaum,
in 5 Fällen war die Lippensubstanz ergriffen,

davon in 2 Fällen doch so umfangreich, dass eine plastische Deckung des Defectes gemacht werden musste,

in 6 Fällen waren die umgebenden Weichtheile,
in 1 Fall sogar der Kiefer schon erkrankt,

sodass demnach 7 der Fälle als schwere von vornherein zu bezeichnen waren, 5 als mittelschwer.

---

*) Ich wähle hier der Kürze halber die Skala der Tabelle über die Ausbreitung der Krebse und bezeichne: I. Lippensaum, II. Lippensubstanz, III. Umgebende Weichtheile, IV. Kiefer, V. fraglich.

Verfolgen wir in derselben Weise die Fälle der Tab. Ia, so ergiebt sich, dass

1) die Vorstellung mit dem 1. Recidiv nach 12 Monaten, mit dem 2. Recidiv nach 4 Monaten, mit dem 3. Recidiv nach 6 Monaten, der Tod 11 Monate nach der letzten Operation erfolgte.
2) 1. Recidiv ? 2. Recidiv nach 11 Monaten (5 Mon.). Tod 17 Monate nach der letzten Operation.
3) 1. Recidiv 33 Monate (24 M.). 2. Recidiv sehr bald. Tod 8 Monate n. d. l. Op.
4) 1. Recidiv 9 Monate. 2. Recidiv nach 4 Monaten. Tod ?

Das erste Recidiv liess 16,1 Monat im Durchschnitt auf sich warten, das zweite Recidiv kam 4,7 Monate im Durchnitt nach dem ersten. Ein drittes Recidiv trat 6 Monate nach dem zweiten ein.

Der Tod erfolgte 12 Monate durchschnittlich nach der letzten Operation.

Die Fälle mit Drüsenmetastase verhielten sich folgendermassen:

1) 1. Recidiv nach 11 Monaten. 2. Recidiv nach 3 Mon. Tod 7 Monate n. d. l. Op.
2) 1. Recidiv nach 1 Jahr (8 Mon.)*). 2. Rec. continuirlich. Tod 4 Mon. n. d. l. Op.
3) 1. Recidiv nach 12 Monaten. 2. Rec. nach 3 Monaten. Tod 18 Mon. n. d. l. Op.
4) 1. Recidiv nach 32 Monaten (24). Tod 41 Mon. n. d. l. Op.
5) 1. Recidiv nach 25 Mon. 2. Rec. nach 3 Mon. 3. Rec. continuirlich. Tod 3 Mon. n. d. l. Op.

Die Zeit bis zum 1. Recidiv betrug im Durchschnitt 18,4 Monate (im 4. Falle die lange Zeit von 32 Mon.), die Zeit bis zum 2. Recidiv nur 2,2 Monate im Durchschnitt, bis zum Tode 14,6 Monate (den Fall mit dem sehr langsamen Verlauf von 41 Monaten mit eingerechnet).

In der letzten Gruppe gestaltete sich dieses Verhältniss so:

1) 1. Recidiv**) nach 3 Mon. 2. Rec. nach 11 Mon. 3. Rec. nach 1 Mon. Tod nach 16 Mon.
2) 1. Recidiv nach $1\frac{1}{2}$ Mon. 2. Rec. sehr rasch. Tod nach 7 Mon.
3) 1. Recidiv nach 5 Mon. 2. Rec. sehr rasch. Tod ?
4) 1. Recidiv nach 6 Mon. Tod nach 16 Mon.
5) 1. Recidiv nach 10 Mon. 2. Rec. nach 1 Mon. Tod nach 9 Mon.
6) 1. Recidiv nach 5 Mon. 2. Rec. sehr rasch. Tod nach 21 Mon.
7) 1. Recidiv nach 3 Mon. 2. Rec. sehr rasch. Tod nach 17 Mon.

Hier, wo die Recidive sowohl local wie in den Drüsen auftraten, ging ihre Entwicklung rasch vor sich. Sie brauchten im Durchschnitt kaum 6,2 Monate Zeit. Daher kamen auch die zweiten Recidive in 4 Fällen sehr rasch, in einem innerhalb 1 Monats. Nur einmal erschien es erst 11 Monate nach dem 1. Recidiv.

---

*) Die Zeiten in Klammern beigefügt bezeichnen den Termin, an welchem das Recidiv begann.

**) Das Recidiv trat in den Nahtkanälen ein.

Die zweiten Recidive sassen

3mal local,
5mal in den Drüsen,
3mal an beiden Stellen.

Sie führten in der Mehrzahl der Fälle zum Tode. Nur 4 Patienten hatten noch ein drittes Recidiv zu bestehen, waren also bei der Vorstellung des zweiten noch operabel.

Dass diese Fälle ausnahmslos schwer operative Eingriffe benöthigten, ist schon oben bei den Operationen erwähnt worden.

Deutlich tritt aus der Zusammenstellung wieder die von Thiersch besonders betonte Thatsache hervor, dass das Intervall zwischen den einzelnen Recidiven immer kürzer wird. Während das 1. Recidiv meist eine Zeit von 1—2 Jahren zu seiner Entwicklung nöthig hat, liegt zwischen dem 1. und 2. Recidiv meist nur ein Zeitraum von wenigen Monaten (der Fall mit 11 Monaten ist eine grosse Ausnahme) während das 3. sich fast unmittelbar an die Operation des zweiten Recidivs anschliesst.

Kurz wollen wir noch die Zeit des 1. Recidives in den Fällen der andern Tabellenrubriken bestimmen. Bei dem einen Fall aus Tabelle II. erschien das erste Recidiv 4 Monate nach der ersten Operation, das zweite 6 Monate nach der zweiten Operation. Patient starb 8 Tage nach der Vornahme einer Unterkieferresection an genuiner Pneumonie.

Bei den 3 Patienten der Tabelle III machte sich das Recidiv bemerklich

1. nach 1 Jahr nach Entfernung einer Geschwulst der Oberlippe,
2. nach 6 Wochen nach der 1. Operation. Das Recidiv bestand 6 Monate bis zu seiner Entfernung, welche in breiter Excision mit plastischem Ersatz bestand. Patient ist bis jetzt, d. s. 7 Jahre, geheilt,
3. nach $2^1/_2$ Jahren nach Entfernung einer Geschwulst der Oberlippe; bis jetzt 4 Jahre lang gesund.

In allen diesen Fällen war das Recidiv local.

Bei den Patienten, welche mit Recidiv leben, kam das Recidiv

1. 15 Monate nach Entfernung einer Geschwulst und Drüsen-Exstirpation,
2. 6 Monate nach Excision eines Tumors der Unterlippe bei bestehender leichter Drüsenschwellung, ohne Entfernung derselben. Die Drüsen zeigten sich bei der Vorstellung zurückgebildet, in der Narbe nur ein kleines Recidiv, dessen Operation der Patient leider verweigerte,
3. nach unbestimmter Zeit.

Von den intercurrent Gestorbenen litt einer an einem $2^1/_2$ Jahr nach einfacher Exstirpation aufgetretenen localen und Drüsenrecidiv. Er nahm sich das Leben.

Der andere Patient stellte sich 11 Monate nach der ersten auswärts vorgenommenen Operation vor und wurde mit Resectio mandibulae part. behandelt. Ohne dass sich die Geschwulst wieder gezeigt oder verbreitet hätte — so lauten die von dem Gemeindevorstand ausgefertigten Angaben — oder Drüsenanschwellung eingetreten wäre, trat 14 Monate nach der letzten Operation der Tod ein. Ursache nicht zu ermitteln.

Von den Patienten, deren jetziges Schicksal uns unbekannt geblieben, kamen vier mit Recidiv in Beobachtung.

1) 1. Recidiv nach 10 Monaten. 2. Recidiv nach 1 Monat musste mit Resectio mand. und Plastik beseitigt werden.
2) 1. Recidiv nach 19 Monaten.
3) 1. Recidiv nach 5 Monaten.
4) 1. Recidiv continuirlich. 1. Operation auswärts.

Im Durchschnitt würde sich, aus allen Recidivfällen berechnet, das Mittel der recidivfreien Zeit bis nach der ersten Operation auf 9,4 Monate stellen. Winiwarter berechnet es auf 7 Monate.

Nur zwei Fälle, die eine ganz besondere Erwähnung verdienen, sind in obiger Zusammenstellung nicht mit eingerechnet.

In Fall III 28 handelt es sich um einen 70jährigen Bauer, welcher schon 1872 einmal an der Lippe operirt worden war. Das jetzt (1880) exstirpirte Geschwür soll ganz denselben Charakter des früheren tragen; es ist ein flacher, hartrandiger Tumor, der sich mikroskopisch als ein Carcinom erwies. Patient wurde wieder operirt und ist nunmehr seit 3¼ Jahr ohne jedes Recidiv.

Einen bösartigeren Verlauf nahm der Fall IIIa 4.

Der 60jährige Stellenbesitzer gab bei seiner Aufnahme in die Klinik im November 1882 an, dass er bereits vor 20 Jahren eine kleine Blatter an dem rechten Mundwinkel gehabt habe. Dieselbe sei hin und wieder aufgegangen und hätte besonders Winterszeit stark geblutet. Patient wurde zweimal operirt, das erste Mal 1869, das zweite Mal 1870. Zehn Jahre lang blieb dann alles gut, bis sich vor 2 Jahren wiederum ein Geschwür mit starker Schwellung der Umgebung und zunehmenden Schmerzen einfand. In den Jahren 1880 und 1881 im Frühling liess er sich abermals operiren. 1882 entstand eine schmerzhafte Schwellung am rechten Mundwinkel, gleichzeitig eine Drüsenschwellung am rechten Unterkiefer.

In einer zolllangen Narbe am rechten Mundwinkel war eine mit dem Knochen verwachsene, wallnussgrosse, nicht ulcerirte Geschwulst zu fühlen. Am rechten Unterkiefer war eine aus Drüsen hervorgehende Geschwulst festgewachsen. Der Tumor wurde durch Abmeisselung des Unterkiefers und Exstirpation der Drüsen mit plastischem Ersatz des Defectes beseitigt. Aber schon 7 Monate nachher musste sich Patient wieder operiren lassen; diesmal that er es in Wien. November 1883 wurde er in Berlin nachoperirt. Trotzdem continuirliches Recidiv, an dem der Patient langsam erhungert.

Diese beiden Fälle sind charakterisirt durch den ungemein langsamen, sonst nicht zu beobachtenden Verlauf. Man kann zweifelhaft sein, ob es sich bei der ersten Attaque, welche jeder der beiden Patienten durchzumachen hatte, um eine maligne Neubildung gehandelt habe. Wahrscheinlich ist sie gemacht durch die wiederholt vorgenommenen Operationen. Dann wäre ein in einem Falle acht-, im andern Falle zehnjähriger Stillstand eingetreten, nach dem sich dann von Neuem die bösartige Geschwulst entwickelt. Im ersten Falle, in welchem die Drüsen noch frei waren, ist die Geschwulst durch die Operation bis jetzt dauernd beseitigt worden; der zweite, der die Infection der Drüsen abwartete, ehe er sich zur

Operation entschloss, ist trotz energischer operativer Eingriffe vor dem Recidiv nicht zu retten gewesen und wird demselben wohl in Bälde erliegen.

Die beiden Fälle haben einen so abweichenden Verlauf, dass ich nicht unrecht zu handeln glaube, wenn ich sie bei der Aufstellung von Normen für den gewöhnlichen Verlauf ausser Acht lasse und dabei stehen bleibe, für eine Heilung die Frist von 3 Jahren anzunehmen, zumal dieselbe auch von Winiwarter, Koch acceptirt ist.

Dieser Zeitraum liegt hinter dem längsten, welcher bei allen andern Fällen von dem Recidiv zu seiner Entwicklung gebraucht wurde. Er übertrifft denselben ($2^1/_2$ Jahr) noch um ein halbes Jahr.

Was den weiteren Verlauf des Carcinoms anlangt, nachdem das Recidiv eingetreten ist, so hat das Carcinom durchschnittlich in 13,6 Monaten nach der letzten Operation zum Tode geführt.

War gleich das erste Recidiv inoperabel, so dauerte es durchschnittlich 13,3 Monate, bis der Tod eintrat. Waren aber mehrere Operationen nothwendig, so vergingen im Durchschnitt 13,9 Monate bis zum Tode. Letztere Zahl bedarf aber einer Correction. Es ist bei letzterer Zahl ein Fall mit herangezogen zur Berechnung des Durchschnitts, der sich durch seinen sehr chronischen Verlauf auszeichnet. Das Recidiv trat nämlich erst nach 24 Monaten ein und war, als es im 32. Monat zur Operation kommen sollte, nicht mehr operabel. Der Tod erfolgte im 41. Monat nach der letzten Operation. Nehmen wir diesen langsam verlaufenden Fall aus, so stellt sich das Mittel der Dauer des Krebses bis zum Tode auf 11,2 Monate, eine Zahl, die den Angaben Andrer mehr entspricht.

Wenden wir uns nun zu jenen Fällen, welche durch unsere Kunst dauernd von ihren Leiden befreit worden sind, so sehen wir, dass

34 Fälle ohne Recidiv leben = 35,4 % der Operirten.

Die Heilungsdauer beträgt

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| mindestens | $1^3/_4$ | Jahr in | 2 | Fällen |
| 2—3 | = | = | 4 | = |
| 3—4 | = | = | 6 | = |
| 4—5 | = | = | 2 | = |
| 5—6 | = | = | 6 | = |
| 6—7 | = | = | 6 | = |
| 7—8 | = | = | 5 | = |
| 8—9 | = | = | 2 | = |
| 9 | = | = | 1 | = |
| | | Summa | 34 | Fälle. |

Von den 8 intercurrent Gestorbenen der Tab. IV war

1. Patient, der an Phthisis starb, 8 Monate,
2. Patient, der an Pneumonie starb, 16 Monate,
3. Patient, der an Tabes starb, 30 Monate

frei von Recidiv. Zwei andere Patienten, deren Todesursache nicht zu eruiren war, lebten 30 und 14 Monate, ohne von ihrem früheren Leiden wieder etwas zu verspüren.

Das Carcinom hatte in diesen 34 Fällen folgende Ausdehnung:

18 mal nur der Lippensaum,
12 mal die Lippensubstanz,
2 mal die umgebenden Weichtheile,
2 mal nicht genau anzugeben.

In vier Fällen waren die Lymphdrüsen nachweisbar inficirt.

Es wurden folgende Operationen zur Heilung bei den obigen 34 Patienten vorgenommen:

2 mal einfache Abtragung,
14 mal die einfache Excision,
12 mal die keilförmige Excision,
2 mal die Exstirpation mit Plastik,
3 mal dto. mit Entfernung der Lymphdrüsen.

Drei Fälle waren bei der ersten von uns ausgeführten Operation schon Recidiv. Ein vierter recidirte nach der 1. Operation, wurde dann mit ausgiebiger Exstirpation und umfangreicher Plastik behandelt und erfreut sich heute noch, 7 Jahre nach der Operation, des besten Wohlseins.

Der schwerste der Fälle war wohl III 20, einen 60jährigen Taglöhner betreffend, bei dem ein papilläres, schon 1 Jahr bestehendes Carcinom fast die ganze Unterlippe ergriffen und beide submaxillaren Drüsen inficirt hatte. Eine umfangreiche Exstirpation mit Stomatoplastik und Exstirpation der Lymphdrüsen hat ihn bis jetzt, 5¼ Jahre nach der Operation, vollkommen hergestellt.

So selten und vereinzelt dieser Erfolg ist, ermuthigt er uns doch auch bei so bedeutender Ausbreitung des Carcinoms immerhin die Operation zu versuchen.

Das definitive Heilresultat gestaltet sich also folgendermassen:

28 Fälle = 29 % der Operirten sind länger als 3 Jahre recidivfrei,
10 Fälle = 10,4 % sind 1—2 Jahre ohne Recidiv (die 4 intercurrent Gestorbenen mit einberechnet).

Von den 96 an Lippencarcinom leidenden, operativ behandelten Patienten sind

31 = 32,2 % an Recidiv gestorben,
4 = 4,1 % mit Recidiv lebend,
4 = 4,1 % bald nach der Operation gestorben,
8 = 8,3 % intercurrent gestorben (1 mit Recidiv),
34 = 35,4 % leben ohne Recidiv,
15 = 15,5 % Schicksal unbekannt.

Das Lippencarcinom giebt daher für die Heilung noch eine ganz leidliche Prognose. Sie wird sich nicht so sehr nach dem Alter des Patienten, sondern mehr nach der Zeit des Bestehens, am meisten nach seiner Ausbreitung und der von dem Charakter des Geschwürs abhängigen Affection der Drüsen zu richten haben. Sind Kiefer und die nächsten Lymphdrüsen ergriffen, so ist ein Erfolg sehr zweifelhaft. Recidive in den Drüsen sind durch Operation kaum zu beseitigen; sie führen fast ausnahmslos zum Tode, ganz sicher dann, wenn sie sich mit localen Recidiven vereinigen.

## II. Das Carcinom der äusseren Genitalien.

### a. des Penis.

Das Carcinom des Penis wurde in dem Zeitraum von 1875—1882 bei 21 Männern beobachtet und zwar in den einzelnen Jahren in folgender Häufigkeit:

Vorkommen.

| | | |
|---|---|---|
| Im Jahre | 1875 | 1 Fall |
| = = | 1876 | 1 = |
| = = | 1877 | 2 Fälle |
| = = | 1878 | 3 = |
| = = | 1879 | 0 = |
| = = | 1880 | 5 = |
| = = | 1881 | 6 = |
| = = | 1882 | 3 = |

Summa 21 Fälle.

Entsprechend der Erfahrung, dass dasselbe am öftesten in den vierziger bis sechziger Jahren vorkommt, aber auch die Jüngeren sowie die Aelteren nicht ganz verschont, vertheilen sich diese 21 Fälle auf die verschiedenen Altersstufen in folgender Weise:

| | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | Patient | war | 20—30 | Jahr alt |
| 2 | Patienten | waren | 30—40 | Jahr alt |
| 5 | = | = | 40—50 | = = |
| 5 | = | = | 50—60 | = = |
| 4 | = | = | 60—70 | = = |
| 3 | = | = | 70—80 | = = |

Von einem Patienten findet sich keine Altersangabe.

Dieses Altersverhältniss stellt sich fast ganz gleich dem, welches Zielewicz (Langenbecks Archiv Bd. 12 pag. 591) in den von ihm aus der Breslauer Klinik veröffentlichten 29 Fällen berechnete.

Er fand 4 Patienten in einem Alter von 30—40 Jahren stehen,

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 10 | = | = | = | = | = | 40—50 | = | = |
| 10 | = | = | = | = | = | 50—60 | = | = |
| 3 | = | = | = | = | = | 60—70 | = | = |
| 2 | = | = | = | = | = | 70—80 | = | = |

Dngegen konnte weder Winiwarter (Beiträge zur Statistik der Carcinoma pag. 268), noch Fischer (Ueber Ursachen der Krebskrankheit und ihre Heilbarkeit durch's Messer. Deutsche Zeitschr. für Chir. Bd. 14 pag. 246) eine besondere Praedisposition der Vierziger bis Sechziger für das Carcinom des Penis constatiren.*)

#### Aetiologie.

Merkwürdigerweise liess sich die von Winiwarter besonders betonte, von den meisten Lehrbüchern vertretene Behauptung, die sich schon in A. Coopers

*) Selbstverständlich sind dabei nur die Fälle von Carc. penis in Betracht gezogen, welche beide Autoren mit den Krebsen der weibl. Genitalien, Fischer sogar mit den Geschwülsten des Hodens und Scrotums vereint zusammengestellt haben.

Vorlesungen über Chirurgie Bd. I pag. 384 vorfindet, nicht bestätigen, dass congenitale Phimose eine der wichtigsten Ursachen für die Entstehung des Krebses abgebe. Unter unsern Fällen ist sie nur in zweien notirt, von denen der eine bei einem jungen Mann von 28 Jahren allerdings ungemein schwer verlief.

Traumen sind dagegen in 3 Fällen (I 3, III 5, IV 2) als nächste Ursache der Entstehung des Leidens angegeben worden. Einmal war es ein Hundebiss durch die Hosen in das Glied, einmal ein Schlag bei der Arbeit, ein drittes Mal der Anprall einer entgegenspringenden glühenden Kohle, welcher den Ausbruch des Leidens hervorgerufen haben soll. Es ist in jedem der Fälle eine nachweisbare schwerere Läsion (Wunde, blutige Suffusion, starke Schwellung) der Verletzung gefolgt; entweder im directen Anschluss an jene, oder einige Zeit nachher nahm das Krebsleiden seinen Anfang.

Die Form, unter welcher das Leiden begann, war verschieden. Theils wurde als erstes Symptom ein kleines, nässendes Knötchen beobachtet, theils entstand es aus einer schon länger bestehenden, allmälig sich vergrössernden Warze. Der schleichende, meist ganz schmerzlose Anfang der Erkrankung lässt die Patienten oft erst spät auf ihr Leiden aufmerksam werden, so dass oft viele Wochen vergehen, ehe sie ärztlichen Rath in Anspruch nehmen. Zumal der schlesische Landbewohner zeichnet sich durch einen solchen Indifferentismus und unverständliche Scheu vor dem Arzt aus, dass er erst lange Zeit alle mysteriösen Salben und Kurpfuschermittel durchprobt, ehe er sich einem Arzt anvertraut. Von unseren 21 Patienten waren 7 Häusler, 6 Handwerker, 4 Arbeiter, also der grösste Theil Leute niedrigsten Schlages; aus Breslau selbst hatten wir keinen einzigen Patienten mit Krebs des Penis.

Hauptsächlich dem Indifferentismus ist die Schuld zu geben, dass die Patienten so spät in Behandlung traten. Von 16 Patienten, bei denen der Zeitpunkt des Beginns des Leidens sich eruiren liess, waren nur 4 in den ersten 12 Wochen ihrer Erkrankung zur Beobachtung gekommen; 6 Patienten hatten ihr Leiden schon ein bis drei Vierteljahr getragen, 7 sogar über ein Jahr, ein Zeitraum, der hinreicht, um der Krankheit eine Ausbreitung zu geben, welche unserer operativen Kunst spottet.

Während also in den meisten Fällen ein kleines, nicht selten leicht blutendes Geschwür an Eichel oder Vorhaut die Krankheit einleitete, ging im Fall I 3 die Affection direct aus einer Verwundung durch einen Hundebiss hervor. Die Wunde heilte nicht zu, sondern wandelte sich in ein carcinomatöses Geschwür um.

Der Lieblingssitz des Krebses am Penis war auch in unseren Fällen der Sulcus coronarius glandis, nächstdem das innere Blatt und die vordere Umschlagfalte des Praeputium. Oftmals war der Ausgangspunkt nicht mehr näher festzustellen, da die allmälig zunehmende phimotische Verengerung der Vorhaut, welche als einziges Symptom von den Kranken beobachtet wurde, ein Zurückstreifen derselben nicht gestattete.

Eine Art des Vorkommens des Peniscarcinoms, wie sie Albert*) beschreibt, in Form isolirter Knoten in den corpora cavernosa bei intacter Eichel und Vor-

*) Albert, Lehrbuch der Chirurgie. IV. 230.

haut ist jedenfalls recht selten. Ich habe weder unter den Winiwarter'schen und den Fischer'schen Fällen, noch unter den unsrigen einen einzigen derartigen Fall finden können. Ich wage daher nicht zu beurtheilen, ob die Diagnose unter diesen Verhältnissen so ausserordentlich leicht ist, wie Albert annimmt. Zunächst ist, wenn die Knoten sich isolirt in den corpora cavernosa finden, immer erst ihre carcinomatöse Natur zu erweisen. Mikroskopische Untersuchungen stehen bislang meines Wissens noch aus. Es könnten unsern Anschauungen entsprechend doch nur Urethralcarcinome sein, welche auf das corpus cavernosum übergegriffen. Ferner begegnet man nicht ganz selten eigenthümlichen strangförmigen Geschwülsten in dem corpus cavernosum bei Männern, welche nie an Gonorrhoe gelitten haben. Es scheinen dies Producte einer narbig retrahirenden Entzündung zu sein. Wenn sie auch ziemlich ausgesprochene Charaktere haben, wie ich sie früher geschildert*) habe, so glaube ich doch annehmen zu dürfen, dass sie geeignet sind, die differentielle Diagnose oben erwähnter Carcinomformen zu erschweren.

Selbstverständlich habe ich hierbei nur an das primäre Vorkommen solcher carcinomatöser Knoten gedacht. Dass sie secundär in dem corpus cavernosum auftreten, ist ja eine bekannte Thatsache; Fall I 7 zeigte dieselbe in ausgesprochener Weise als Metastase oder regionäres Recidiv eines Cancroids der Scrotalhaut, und auch Krebse der Glans und des Praeputiums pflegen bei ihrem Weitergreifen isolirte Knoten in dem corpus cavernosum zu bilden.

Im Allgemeinen entwickelt sich das Carcinom des Penis unter zwei verschiedenen Formen. Das kleine, anfangs bestehende Geschwür nimmt einen wuchernden Charakter an. Papilläre, mannigfach sich verästelnde Wucherungen bilden einen blumenkohlähnlichen Tumor, welcher sich von gutartigen Papillomen nur dadurch unterscheidet, dass der Grund, aus welchem er emporwuchert, nicht normales, sondern von markigen, weichen Knoten durchsetztes Gewebe ist, welche sich auch in der Umgebung häufig noch durchfühlen lassen. Stehen diese papillären Excrescenzen unter der schützenden Decke des Praeputiums, so nehmen sie eine fleischrothe Farbe an, secerniren an der Oberfläche, falten sich fächerförmig zusammen. Diese weiche, medulläre Form haben nicht selten die an der Glans beginnenden Krebse.

Die Praeputialkrebse folgen mehr dem Typus des infiltrirten Hautkrebses (Carc. granulosum Waldeyer), welches mit hartem, mehr warzigen Grunde immer weiter frisst und zu umfangreichen Zerstörungen der Haut führt. Die Ränder dieser Geschwüre sind hart, wallartig aufgeworfen, so dass letztere die Gestalt eines Kraters annehmen.

Die weitere Entwickelung des Krebses geht meistens ziemlich rasch vor sich. Erwähnen möchte ich hier noch, dass es bei primären Eichelkrebsen nicht selten den Anschein hat, als wenn die Erkrankung durch die dauernde Berührung mit dem Praeputium sich auf dasselbe implantirte; man begegnet dann dem Sitz des krebsigen Geschwürs auf der Eichel entsprechenden Substanzdefecten auf dem innern Blatt des Praeputiums, welche auch krebsigen Charakter haben, ohne dass man ein Weitergreifen des Eichelgeschwürs über den Sulcus coronarius fort auf

*) Partsch, Ueber Harnröhrensteine. Deutsche med. Wochenschrift No. 7. 1884.

das Praeputium constatiren könnte. Ob es sich hier um eine Impfung des carcinomatösen Virus handelt?

Für gewöhnlich greift die krebsige Infiltration mehr weniger rasch auf die corpora cavernosa über, den vordern Theil des Penis in grosse, unförmige Tumoren verwandelnd, die anfangs von dem phimotisch verengerten Praeputium bedeckt, später dasselbe verzehren und buchtige, übelriechendes Secret absondernde Geschwüre bilden. Allmälig wird die Harnröhrenwand durchbrochen; die Tumormassen verlegen dem Urin den natürlichen Weg; er muss sich andere Bahnen suchen, die sich ihm allerdings in dem buchtigen, zerklüfteten Tumor nicht allzuschwer bieten. So ergiesst sich der Urin bei der Entleerung oft in die verschiedensten Spalten und Oeffnungen des Tumors, ohne dass von dem eigentlichen orificium urethrae noch eine Spur zu finden wäre. Je weiter die Krebsgeschwulst nach oben greift, desto mehr verschwindet der Penis. Seine Stelle wird eingenommen von einem selbst die Scrotalhaut, die untere Partie der Bauchhaut, ja selbst die innere Fläche der Schenkel erfassenden Geschwür. Welch umfangreiche Zerstörungen so zu Stande kommen können, das illustrirt am besten Fall VI 1.

Ehe es zu so ausgebreiteten Zerstörungen der Haut kommt, steigt meistens des Krebs in den corpora cavernosa allein aufwärts, den Penisschaft in einen harten, derben, meist knolligen Strang umwandelnd. Den bulbus urethrae durchbrechend, zieht sich die Krebsgeschwulst, der Urethra folgend, ins Becken hinein, die Harnröhre in dem angulus pubis fest fixirend; leicht werden hier die reichen Verzweigungen der Venen des Beckenbodens und des Plexus pubicus ergriffen und damit die embolische Verschleppung der Geschwulst ermöglicht. So sehen wir, dass gerade jene beiden Fälle, bei welchen der Krebs den Beckenboden ergriffen hatte (I 6 und 7), deutliche Symptome der bei Peniskrebs sonst seltenen inneren Metastasen boten. Denn ausser in Fall I 6, bei dem starker Husten, Brustschmerz, viel Auswurf dem Tode vorausgingen, wies auch Fall I 7 in der Zeit der klinischen Behandlung schon Zeichen einer metastatischen Lungenaffection auf, wenngleich die später eingeholte Nachricht von denselben nichts erwähnt.

Nachdem der Beckenboden von der Krankheit erreicht, kann auch das Rectum von der Geschwulst umwachsen und comprimirt werden, so dass sich Störungen in den Darmentleerungen bemerkbar machen.

In den meisten Fällen nahmen im fortgeschrittenen Stadium des Peniskrebses die in den Drüsen der Inguinalgegend auftretenden Metastasen die Führung in dem Krankheitsbilde. Der Zeitpunkt, wenn die Infiltration der Drüsen beginnt, ist schwer zu bestimmen, da die Patienten grösstentheils erst durch die Untersuchung auf die Drüsenschwellung aufmerksam gemacht werden. Birch-Hirschfeld*) meint, dass das Peniscarcinom erst spät zur Bildung der Drüsenmetastasen führe, während Gussenbauer**) behauptet, dass die Drüsen sehr früh inficirt würden. Praeputialcarcinome sollen bei einseitigem Sitz (wie unser Fall I 6 zeigt) nur einseitige Drüsenschwellung hervorrufen; sobald die corpora cavernosa ergriffen werden, soll sich die Drüsenschwellung doppelseitig einstellen. In dem Freibleiben des

*) Birch-Hirschfeld, Lesebuch der pathol. Anatomie.

**) Gussenbauer, Prager Vierteljahrsschrift. Zeitschrift für Heilkunde. Bd. 2, Heft 1.

Dorsalstranges des Penis und der Drüse an seiner Wurzel sieht Gussenbauer ein gewichtiges differentiell diagnostisches Moment gegenüber der Lues. Ausnahmslos scheint Letzteres doch nicht zuzutreffen; bei Fall I 8, der an einem schnell wuchernden Carcinom zu Grunde ging, wird ausdrücklich betont, dass der Lymphstrang auf dem Rücken des Penis resistent anzufühlen war. Beiderseits waren die Leistendrüsen leicht geschwellt.

In Anbetracht dessen, dass die grösste Zahl unserer Patienten ihr Leiden schon über ½ Jahr trugen, als sie sich zur Behandlung vorstellten, darf die Thatsache nicht überraschen, dass von 15 Patienten, bei denen der Drüsenbefund vermerkt ist, 12 bereits Drüsenschwellungen hatten. Bei zwei Patienten bestanden dieselben schon 1 Jahr. Dreimal waren die Drüsen nicht fühlbar geschwellt. Es erschien dies in dem einen Falle (I 3) um so wunderbarer, als es sich um Entwickelung eines schnell wuchernden, durch umfangreichen ulcerösen Zerfall die Kräfte des Patienten stark consumirenden Tumors handelte, der bereits über ½ Jahr bestand. Bei dem Patienten sind auch, wenn wir den brieflichen Nachrichten in diesem Punkte trauen dürfen, später keine Drüseninfiltrationen aufgetreten. Ausdrücklich wird hervorgehoben, dass andere Körpergegenden frei von Geschwülsten geblieben seien, vielmehr local in der Amputationsnarbe nur ein Recidiv entstand, das durch schnelle Abmagerung des Patienten und Darmverschluss den Tod herbeiführte.

Sonst entwickeln sich aus den infiltrirten Drüsen schnell wachsende, bald exulcerirende Geschwülste, welche namentlich beim Uebergreifen auf die grösseren Venenstämme ungemein leicht bluten, und dadurch, wie durch eine profuse Secretion die Kräfte des Patienten schnell erschöpfen.

Von den 9 Patienten der Tabelle I, welche der Krankheit erlagen, starben

4 an Inanition (eine davon mit Pemphigus malignus?),
1 an Blutung,
1 an Lungenmetastase,
1 an parenchymat. Degeneration der Niere und Leber und hypostat. Pneumonie,
1 an Darmocclusion.

Bei diesen Patienten hatte das Leiden gewährt:

bei 2 9 Monate,
= 1 11 =
= 2 12 =
= 1 14 =
= 1 18 =
= 1 21 =
= 1 ? =

im Durchschnitt 13,2 Monate.

Der als inoperabel remittirte Patient hatte sich 27 Monate zu plagen.

## Operation.

Kaum irgend ein anderes Krebsleiden bietet für eine erfolgreiche operative Behandlung so günstige Bedingungen, wie das Carcinom des Penis. Die, im Anfang wenigstens, auf einen umschriebenen Theil beschränkte Erkrankung, die deutliche Abgrenzung des Kranken vom Gesunden, der geringe Umfang des Organs lassen die Operation leicht ausführbar, die Chancen für eine radicale Beseitigung des Leidens als recht günstige erscheinen.

Ehe man zur Operation schreitet, muss man sich vorher genau über den Sitz, die Ausbreitung, den Charakter der Geschwulst informiren. Das verdickte, phimotische Praeputium, welches sich nicht mehr zurückstreifen lässt, erregt nur den Verdacht eines Tumors. Seine Art ist erst erkennbar, wenn man denselben durch Spaltung des Praeputiums frei gelegt hat. Nicht gar selten sieht man dann, dass es sich gar nicht um eine bösartige Geschwulst, sondern um ein gutartiges, stark wucherndes Papillom handelt, zu dessen Beseitigung eine umfangreiche Abtragung mit Scheere und Pincette mit folgender Cauterisation des Grundes genügt. Oder aber ein krebsartiges Geschwür breitet sich nur auf dem inneren Blatte der Vorhaut aus, ohne auf die Eichel, welche nur comprimirt erscheint, überzugreifen, so dass nur eine Entfernung des Praeputiums nothwendig ist. Jedenfalls empfiehlt es sich, einem umfangreichen operativen Eingriff immer erst die unschädliche Spaltung des verengten Praeputiums voranzuschicken.

Sobald die Geschwulst auf die Eichel und damit auf das cavernöse Gewebe des corpus cavernosum urethrae oder auf den sulcus coronarius übergegriffen hat, in dessen Nähe die corpora cavernosa penis enden, dann ist mit einer von mancher Seite noch empfohlenen partiellen Excision nichts Radicales mehr zu leisten, sondern es ist die Wegnahme eines mehr weniger grossen Stückes des Penis geboten.

Dazu stehen uns zwei Wege offen, von denen der erstere, die galvanokaustische Abtragung, nunmehr wohl ziemlich verlassen, der andere, die Amputation des Penis mit Messer oder Scheere, aus vielen Gründen vorzuziehen ist.

Die Glühschlinge, für die es kaum ein geeigneteres Object geben kann, als der Krebs der Penis, ist früher vielfach, namentlich von ihrem Erfinder Mitteldorpf, angewendet werden. Das Leichte und Elegante dieser Operationsmethode hat etwas ungemein Bestechendes. Eine Drahtschlinge, von der Seite an den Penis gelegt, mit einem Element rothglühend gemacht, durchschneidet den Penis in kurzer Zeit mit Hinterlassung eines glatten, trocknen Schorfes ohne Blutverlust. Um eine Verklebung der Urethralwände und die damit verbundenen Störungen der Urinentleerung zu verhüten, gab Mitteldorpf den zweifelhaften Rath, vor Anlegung der Schlinge ein Stück Katheter in die Harnröhre einzuführen, und dasselbe mit der Glühschlinge zu durchschneiden.

So leicht diese Operationsmethode in der Ausführung ist, so hat sie doch auch unverkennbare Nachtheile, die sich allerdings erst im Heilungsverlauf herausstellen. Zunächst gelingt es häufig nicht, die Blutung ganz zum Stehen zu bringen. Aus dem Schorf spritzt die eine oder andere Arterie; die Blutstillung ist schwer, da in dem verbrannten Gewebe die Arterie schwer zu fassen, schlecht zu unterbinden, schwierig zu umstechen ist.

Einen absolut sicheren Schutz gegen eine Infection giebt der Brandschorf nicht. Zielewicz*) berichtet in seiner bekannten Zusammenstellung der galvanokaustisch operirten Peniskrebse von 8 Pyämiefällen unter 29 Operirten. Allerdings dürften diese unglücklichen Ausgänge nicht so sehr durch die Operationsmethode als durch die Art und Weise der Nachbehandlung verschuldet sein. Aber selbst wenn wir in heutiger Zeit diese Wundkrankheiten mit ziemlicher Gewissheit ausschliessen können, so bleibt doch das Missliche, dass die Ablösung des Schorfes und die Ueberhäutung der granulirenden Fläche ziemlich lange Zeit erfordert. Auch die nicht selten beobachtete narbige Strictur des orificium urethrae mit den unangenehmen Folgeerscheinungen, erschwertes Uriniren, Bildung von Harnconcretionen in der Urethra, ist eine recht bedenkliche Zugabe für den Patienten.

Zu all diesen Uebelständen kommt noch der eine grosse Nachtheil der Methode, dass sie den Operateur im Unklaren lässt über das Verhalten des Stumpfes. Eine unter dem Schorf verborgene, dem Gefühl von vornherein nicht zugängige krebsige Infiltration kann leicht der Ausgangspunkt eines Recidivs werden. Und dieser eine schwerwiegende Grund, dass man bei der Galvanokaustik nicht sieht, ob man im gesunden Gewebe operirt oder nicht, lässt den Chirurgen der heutigen Zeit, welcher die Blutstillung nicht mehr fürchtet und ebensowenig eine Infection, lieber zu Messer und Scheere greifen.

So ist denn auch von uns die galvanokaustische Abtragung nur 6 mal ausgeführt worden, in den letzten Jahren doch mehr aus dem Grunde, den Studirenden die Anwendung dieser Methode zu demonstriren und die reichen Vorräthe unserer Klinik an galvanokaustischen Apparaten nicht ganz nutzlos liegen zu lassen.

Der praktische Arzt wird stets die Amputation mit Messer und Scheere vor der umständlich zu handhabenden Galvanokaustik vorziehen; bietet erstere ja doch, vielleicht mit Ausnahme der bequemen Ausführung, alle Vortheile der letzteren.

Denn auch die sogenannte blutige Amputation lässt sich fast vollständig blutlos ausführen, wenn man vor der Operation mit einem kleinen Gummischlauch die Basis des Gliedes umschnürt. Besser allerdings versehen diese Compression die Finger eines Assistenten, weil im geeigneten Moment nach der Amputation auch sehr leicht die Lumina aller spritzenden Arterien sichtbar gemacht werden können, während sie bei der Esmarch'schen Compression namentlich in dem cavernösen Gewebe leicht übersehen, mindestens schwer gefunden werden. Dass man sich auch vor der blutigen Amputation durch Spaltung einer etwa vorhandenen Phimose von der Nothwendigkeit derselben erst überzeugen muss, liegt auf der Hand. Dann hat man nur unter mässigem Vorziehen der Penishaut, welches der comprimirende Assistent mit seinen Fingern sehr leicht dadurch bewerkstelligen kann, dass er, das Glied umgreifend, seine Hand den Penis entlang nach hinten an die Basis führt, entweder, wenn die Amputation im Schaft ausgeführt wird, mit einem Scheerenschlage oder Messerzuge, falls die Amputation an der Wurzel gemacht werden muss, schichtweise den Penis zu durchtrennen. Lässt der Assistent ein wenig mit der Compression nach, so verrathen sich gleich die artt. dorsales penis auf dem

*) Zielewicz, Ueber die Amputation des Penis mit der galvanokaustischen Schneideschlinge. Langenbeck's Archiv, Band 12 p. 580.

Rücken des Stumpfes, die Aeste der profunda penis im corpus cavernosum, die bulbo-urethrales zu beiden Seiten der Harnröhre. Sie werden sofort ohne Mühe gefasst und unterbunden. Schwierigkeiten können sich dabei nur in den Weg stellen, wenn man bei einer hohen Amputation des Penis die Vorsichtsmassregel versäumt hat, den Penis an der Haut mittelst einer durch ihn gelegten Fadenschlinge zu fixiren und damit dem Stumpfe eine störende Retraction unter die Haut gestattet. Nach Unterbindung der Stumpfarterien sind, um eine etwaige Nachblutung zu verhüten und damit sicherer eine prima reunio zu erzielen, die beiden Flächen der corpora cavernosa penis mit tiefgreifenden, versenkten Nähten mit einander vereinigt worden. Die Urethralöffnung wurde stets in der Weise gebildet, dass nach Vernähung eines grösseren Abschnittes der oberen Partie der Hautränder so viel von den Hautwundrändern unvereinigt gelassen wurde, als zur Umsäumung des Urethralquerschnittes genügte. Mässig tief fassende Nähte zogen die Urethralschleimhaut an die Ränder der Hautwunde an und hielten die Harnröhrenöffnung so dauernd offen, dass das Einlegen eines Katheters à demeure, welches immer misslich ist, sich vollständig erübrigte. Das Uriniren ging auch in den Tagen der reactiven Schwellung immer sehr gut, ohne Hinderniss von statten. In den letzten Jahren pflegten wir die Wunde stets mit Jodoform leicht zu bestreuen, ehe die Naht angelegt wurde. Eine sorgfältige Vereinigung der Urethralschleimhaut mit der Haut beugt am besten dem Ueberfliessen des Urins über die Wundfläche vor und giebt so für eine prima reunio günstige Bedingungen. Leider kann ich über den Heilungsprozess in unseren Fällen keine genaueren Angaben machen, da ein grosser Theil der Kranken ambulatorisch behandelt wurde und bei der Entlassung ein Vermerk über die Art der Heilung nicht erfolgt ist. Die Kranken wurden meistens 8—10 Tage nach der Operation entlassen. Störungen in der Entleerung des Harns, welche allein auf die Operationsmethode bezogen werden konnten, kamen nie zur Beobachtung.

Musste der Penis sehr hoch amputirt werden, so dass auch nach Vernähung des Stumpfes mit der Haut eine starke Retraction und damit eine lästige, die Heilung störende Stagnation des Urins stattgefunden hätte, so wurde der Penisstumpf nach dem Vorgange von Thiersch durch ein am Perineum geschnittenes Knopfloch nach dem Damm zu geleitet und hier eingenäht. Die Wunde unter der Symphyse wurde dann vollständig durch Naht geschlossen. Diese »Transplantatio urethrae perinealis«, wie man diese Operation wohl passend nennen könnte, kam viermal zur Ausführung, jedesmal mit dem besten Erfolge für die Heilung der Operationswunde. Einer dieser Patienten (III 1), bei dem vor 4 Jahren die Operation erfolgte, lebt heute noch und erfreut sich des besten Wohlseins.

Was wir, wenn das Carcinom den Bulbus überschritten hatte und in das Becken eingedrungen war, operativ noch gewagt haben, zeigen die beiden folgenden Krankengeschichten der Fälle I 6 und 7, welche ich des Interesses halber hier ausführlicher wiedergebe.

Heinrich Gr., 41 Jahr, aus Maiwaldau beobachtete im März 1881 ein erbsengrosses, auf der Haut der rechten Scrotalhälfte liegendes, leicht verschiebliches Knötchen, welches unter lebhaften Schmerzen bis Hühnereigrösse anwuchs. Im Juli liess er sich diese Geschwulst in Fischbach entfernen. Die Operationswunde heilte nicht

zu, sondern zeigte schon nach 5 Wochen ein deutliches Recidiv, welches sehr rasch wuchs. Er kam Oktober 1881 in Behandlung der königl. chirurg. Klinik. Bei dem kräftigen, ziemlich gesund aussehenden Patienten war die Peniswurzel in einen sehr harten, mit der Haut zum grössten Theil verwachsenen Tumor verwandelt, der, auf der Unterlage nicht mehr verschieblich, sich in das Becken hinein verfolgen liess. Der Tumor reicht bis in die pars pendula penis, nach rechts bis mitten in die Inguinalfalte, links bis an sie heran. Links sind die Inguinaldrüsen geschwellt. Der linke Hoden erscheint normal, der rechte vergrössert. Die Urinentleerung geht ungestört vor sich. Der Tumor ist nirgends exulcerirt, aber sehr schmerzhaft. Am 19. Oktober wurde zur Operation geschritten. Nachdem der linke Samenstrang, von dem das Recidiv ausging, blossgelegt und herauspräparirt war, wurde er dicht an seinem Austritt aus der Bauchhöhle unterbunden. Da die Geschwulst den Samenstrang entlang nach unten ging und bereits den Nebenhoden ergriffen hatte, wurde der linke Testikel entfernt. Ein Versuch, den Penis aus den Tumormassen auszulösen, misslingt ganz, da derselbe sich durchweg infiltrirt erweist. Es wird deshalb der Penis hoch amputirt, und da ein grosser Hautdefect vorhanden, der zur Bedeckung des rechten Testikels nicht gut hinreicht, auch der rechte Hoden exstirpirt. Den Tumor von der Bauchwand in der rechten Inguinalfalte abzutrennen gelingt ziemlich leicht, ebenso die Exstirpation der carcinomatös degenerirten Lymphdrüsen. Am Perinäum wird eine Incision gemacht, durch welche der Urethralstumpf gezogen und in welchen er durch Nähte befestigt wird. Die Haut der unteren Scrotalhälfte wird zur Deckung des Defects auf der Vorderfläche benützt. In die Urethra wird ein elastischer Katheter eingelegt.

Der Verlauf war trotz der Schwere des Eingriffs ein recht günstiger. Eine leichte peritonitische Reizung wurde erfolgreich mit Tinct. Opii bekämpft. Am 3. Tage wurde der Katheter entfernt. Patient liess spontan gut Urin; öfters ohne sein Wissen. Die Wunde heilte im Ganzen per primam, nur im unteren Winkel wurde eine kleine Stelle der stark gespannten Scrotalhaut gangränös. Trotz des guten Wundverlaufs wird der Patient täglich schwächer. Bei abwechselnd fieberhaften Temperaturen stellt sich ein Husten ein, begleitet von einem geballten, röthlich verfärbten Auswurf. In der linken Wade bildet sich ein Abscess, der, bald incidirt, schnell zur Heilung kommt. Anfang Dezember hatte sich Patient jedoch so weit erholt, dass er am 12. Dezember in seine Heimath entlassen werden konnte. Es trat dann bald wieder ein Recidiv in der Dammgegend auf, woran Patient Februar 1883 zu Grunde ging.

Wilhelm Sch., 32 Jahr alt, Schneider aus Landeshut, wurde im November 1881 in die Klinik aufgenommen, nachdem bereits Juli 1881 die Amputation des Penis wegen eines schnell um sich greifenden Carcinoms an ihm ausgeführt worden war. 4 Wochen nach der Entlassung fühlte sich Patient ganz wohl. Dann stellten sich an der Basis des Gliedes, sowohl auf der Rücken- als auf der Unterfläche, harte Knoten ein, welche, mit einander verschmelzend, dem Patienten ungemein Schmerzen verursachten. Während die Geschwulst auf dem Rücken des Penis seit kaum 14tägigem Bestande schnell exulcerirt war, verbreitete sich die untere nach dem Damm hin unter der Haut fort.

Der kräftig gebaute Patient ist trotz seiner vielen Schmerzen noch in leidlichem Ernährungszustande. Der Penis ist bis auf einen 2 cm langen Stumpf entfernt. Auf der Rückenseite findet sich ein wenig beweglicher, taubeneigrosser Tumor, der an der Oberfläche exulcerirt ist. Die Ränder des Geschwürs sind uneben, hart, viel eitriges Secret absondernd. Nach rechts unten findet sich ein zweiter, noch von verschieblicher Haut bedeckter Knoten. Nach hinten zu umgreift ein dritter Tumor den Bulbus urethrae und zieht sich dem Damm entlang nach dem After. Er ist nicht zu verschieben, hart, sehr schmerzhaft. In der rechten Leistenbeuge liegen unter der von der früheren Exstirpation herrührenden Narbe neue, haselnussgrosse Drüsen. Die vielen Schmerzen rauben dem Patienten den Schlaf und machen ihn so ungeduldig, dass er zu einem operativen Eingriff drängt.

Am 24. November 1881 wird die Operation ausgeführt. Der Penisstumpf wird umschnitten, die in ihm befindliche Geschwulst unter Schonung der Samenstränge und Hoden auspräparirt; das Scrotum wird durch einen Längsschnitt vom Perinäum aus geöffnet und der ausgelöste, degenerirte Penisstumpf durch diese Incision hindurchgeleitet; während dessen wird die vordere Wunde tamponirt. Die grösste Schwierigkeit bot die Ablösung des Tumors von der Hinterfläche der Symphyse aus dem angulus pubis. Hier sass der Tumor sehr fest auf, konnte aber abgelöst werden, so dass dann die Urethra dicht unter der Prostata anscheinend im Gesunden durchnitten werden konnte. Die Ablösung vom Rectum ging ziemlich leicht von statten. Die Blutung aus der Urethra, dem venösen Plexus hinter der Symphyse war ziemlich stark. Eine Vernähung der Urethra mit der Haut gelang nicht, da die Nähte wegen der starken Spannung jedesmal ausrissen. In die Urethra wird deshalb ein permanenter Katheter eingelegt. Während die vordere Scrotalwunde sich gut vereinigen lässt, lässt sich die hintere wegen des grossen Hautdefectes nicht schliessen; sie wird durch Nähte nur so viel wie möglich verkleinert. Zuletzt werden noch die geschwellten Leistendrüsen exstirpirt.

Der Verlauf gestaltete sich nicht ganz gut. Heftige Schmerzen in den ersten Tagen schwanden zwar vom 3. Tage ab; anstatt derselben stellte sich eine 39,6 erreichende Temperatursteigerung ein, der Vorbote eines umfangreichen gangränösen Zerfalls der Hautbedeckung. Durch feuchte Verbände mit essigsaurer Thonerde kam die Nekrose bald zur Abstossung. Am 6. Tage lag der rechte Hoden fast ganz frei zu Tage. Das Gangrän schreitet noch fort; auch die Wunde in der Inguinalgegend eitert. Am 1. Dezember werden alle gangränösen Fetzen abgetragen, die Wundflächen gründlich geätzt, der Kranke tagsüber ins permanente Bad gebracht. In demselben bessert sich das Befinden augenscheinlich. Die Wunden reinigen sich schneller und granuliren gut, so dass auch, nachdem Patient wegen heftiger Kopfschmerzen aus dem permanenten Wasserbade herausgenommen werden muss, die Heilung unter Salbenverbänden gut fortschreitet. Der grosse, über beide Hoden reichende Defect am Scrotum überhäutet sich rasch, so dass Patient am 8. Januar 1882 geheilt entlassen werden kann. Es entwickelten sich jedoch schnell wieder Geschwülste in der alten Narbe. Nachdem sich noch starker Husten, blutiger Auswurf eingestellt, trat im Juli 1882 der Tod ein.

Leider sind, nach diesen beiden Fällen zu urtheilen, unsere Bemühungen, das Leiden in diesem Stadium noch zum Stillstand zu bringen, aussichtslos. Beide Patienten erlagen einem sich an die Heilung anschliessenden Recidiv und secundären Geschwulstablagerungen in den Lungen. Ist einmal die carcinomatöse Infiltration auf den Beckenboden übergegangen, so findet sie in den vielen Lymph- und reich verzweigten Blutbahnen widerstands schnelle Verbreitung, so dass an eine radicale Entfernung kaum mehr zu denken ist, wenngleich wir in beiden Fällen makroskopisch die Ueberzeugung gewannen, im Gesunden zu operiren.

In so weit vorgeschrittenen Fällen wird sich ein operativer Eingriff, namentlich die wenig eingreifende Amputation des Penis, dann nur noch empfehlen, wenn es gilt, den Patienten von einem durch den üblen Geruch belästigenden, durch starke Absonderung consumirenden jauchigen Geschwür zu befreien. Denn dann wird man immerhin, selbst wenn die bestehenden Metastasen die Aussicht auf eine radicale Heilung abschneiden, dem Patienten mit der Operation eine nicht zu verkennende Wohlthat erweisen.

Es ist eine nicht nur theoretisch begründete, sondern auch durch die praktischen Erfolge aufgezwungene Forderung, bei jedem Carcinom des Penis die ge-

schwellten Leistendrüsen zu exstirpiren. Gussenbauer*) verlangt sogar, dass die Drüsen, wenn sie nicht geschwellt sind, herausgenommen werden. Leider stellen sich dieser, gewiss den Beifall Vieler findenden Forderung praktisch nicht geringe Schwierigkeiten entgegen. Zunächst ist es häufig die Sorge um das Gelingen der Operation, welche uns Abstand davon nehmen lässt, einer Amputation des Penis die nicht immer leichte Exstirpation der Inguinaldrüsen sofort anzuschliessen. Abgesehen davon, dass es oft schwer ist, den Patienten, welche bis dahin nichts von ihren Drüsen merkten, selbst wenn sie fühlbar geschwellt sind, die Nothwendigkeit der Herausnahme begreiflich zu machen, schafft die Exstirpation besonders bei etwas hoher Amputation eine nicht geringe Gefahr für den Wundverlauf. Mit einem antiseptischen Verbande lässt sich bei hoher Amputation nichts ausrichten. Der Urin läuft unter dem Verbande auf die Drüsenwunde und ruft leicht Zersetzung des Wundsecrets hervor. Dieser Uebelstand, welcher auch die gleichzeitige offene Wundbehandlung beider Wunden erschwert, besteht bei hoher Amputation auch noch nach Heilung der Amputationswunde fort. Die Drüsenwunde muss meistens um so peinlicher in aseptischem Zustande erhalten werden, da die nicht seltene Complication mit Leistenbrüchen strengste Antisepsis gebietet.

Man lässt sich ausserdem um so eher zum Aufgeben der Drüsenexstirpation verleiten, wenn man, was nicht selten geschieht, die anfangs stark geschwollenen Inguinaldrüsen nach Entfernung des jauchenden Krebsgeschwürs abschwellen sieht und zu der Annahme sich berechtigt glaubt, dass die Schwellung lediglich eine consensuelle ist. Sah doch Winiwarter unter seinen Fällen grade vier mit ausgesprochener Drüsenschwellung vollständig recidivfrei bleiben.

Mit diesen Erwägungen will ich nur entschuldigen, wenn wir in einigen Fällen davon Abstand genommen haben, der Amputatio penis sofort die Drüsenexstirpation hinzuzufügen.

Empfehlenswerth dürfte es ja sein, die Entfernung der Drüsen erst nach vollendeter Heilung der Amputationswunde vorzunehmen, wenn sich nur die Patienten zu einem zweiten Eingriff, der ihnen schwer begreiflich zu machen ist, verstehen wollten.

Von denjenigen unserer Patienten, welche an Recidiv gestorben sind, sind sicherlich zwei (I 8 und 9), welche an einem Drüsenrecidiv zu Grunde gegangen sind, welche vielleicht bei frühzeitiger Exstirpation vor dem Recidiv hätten bewahrt bleiben können.

Diesen beiden Fällen steht aber einer (III 5) gegenüber, welcher zur Zeit der Amputation des Penis geschwollene und schmerzhafte Leistendrüsen hatte, und ohne Exstirpation derselben heute noch — nach 2 Jahren — vollkommen gesund ist.

Angesichts solcher Fälle lässt man sich ja leicht verleiten, von der immerhin nicht leichten Drüsenexstirpation abzustehen. Richtiger aber wird es stets bleiben, der Amputation des Penis die Ausschälung der geschwellten Leistendrüsen folgen zu lassen, sei es sofort, sei es nach Heilung der Amputation.

Die Amputatio penis an und für sich bietet keine wesentliche Gefahr. Von 19 Patienten, an welchen im Ganzen 23 Operationen zur Ausführung kamen, sind

*) Gussenbauer cf. l. c. pag. 103.

2 an den directen Folgen der Operation gestorben, beides Fälle, in welchen in einer Sitzung die Leistendrüsen mit entfernt wurden. Der eine der Fälle gehört in die Zeit des Ueberganges von der offenen Wundbehandlung zur Antisepsis, eine Periode, in welcher die antiseptischen Handgriffe noch nicht Gemeingut waren, sondern erst mit grosser Mühe erlernt werden mussten, demnach auch leicht etwas versehen wurde.

Der zweite Patient starb an einer durch Jodoform-Intoxication exacerbirten chronischen Leptomeningitis.

Wilhelm Eich, 75 Jahr alt, Tuchmachergeselle aus Goldberg, notorischer Säufer, stellte sich am 15. December 1881 in der Klinik vor. Schon zu Ostern 1881 war dem Patienten eine kleine, unter Schmerzen und Harnbeschwerden wachsende Geschwulst unter der Vorhaut auswärts operirt worden. Jetzt kam er mit einem bis zum Austritt aus dem Scrotum in der pars pendula gelegenen Recidiv und Leistendrüsenschwellung neben beiderseitigen Leistenbrüchen. Der sonst gesund aussehende, seinem Alter nach kräftige Patient wurde am 15. December der Amputation des Penis mit der Scheere unterworfen; die Amputation musste sehr hoch ausgeführt werden. Die geschwellten Leistendrüsen wurden sofort exstirpirt, die ziemlich bedeutenden Höhlenwunden mit Jodoform bepulvert und ausgefüllt. Nachdem bis zum 4. Tage die Heilung ohne jede Störung ganz reactionslos vor sich ging, stellten sich am 22. Nachts Delirien ein; Patient sah Rehe, Katzen, wurde unruhig, sprang aus dem Bett, zog sich den in der Harnröhre liegenden Katheter heraus. Bei Entfernung des Verbandes über die Drüsenexstirpationswunden zeigte sich eine leichte Röthung und Schwellung in der Umgebung; bei Entfernung der Nähte liessen sich wenige Tropfen guten, mit Jodoform vermischten Eiters ausdrücken. Feuchte Verbände. Die Delirien werden trotz dessen immer heftiger, und verlassen den Patienten auch am Tage nicht; ausserdem steigt die Temperatur auf 39. Patient ist ungemein unruhig und kann nur mit grosser Mühe im Bett gehalten werden. Der Appetit nimmt ab, die Zunge wird rissig, trocken. Die Wunden eitern mehr, nachdem mit Mühe alles Jodoform aus denselben nach Möglichkeit herausgespült worden ist. Nachdem am 26. durch Beseitigung einer mehrtägigen Obstruction durch ein Klysma eine leichte Besserung eingetreten, verschlimmert sich am 27. der Zustand sichtlich. Der Patient, der bis dahin immer noch etwas zu erwecken war, wird ganz benommen, stöhnt; Zuckungen in den Gesichtsmuskeln und Steifigkeit des Nackens und Rückens tritt auf. Die Wunden nehmen ein besseres, gut granulirendes Aussehen an. Unter zunehmender Somnolenz tritt am 30. December unter Lungenödem der Tod ein.

Section: Chronische Leptomeningitis; frische Bronchitis mit consecutiver hypostatischer Pneumonie rechts. Wunden frei von Jodoform. Amp. penis. Exstirpatio glandularum lymphaticarum inguinalium. Emphysema pulmonum. Synechiae partiales bilaterales. Bronchitis purulenta. Hepatisatio hypostatica lobii inf. dextr. Atrophia cordis fusca. Sclerosis aortae et artt. magnarum corporis totius. Atrophia renum et lienis senilis. Leptomeningitis vetusta. Hydrops meningeus. Hyperaemia cerebri. Cystitis haemorrhagica.

Nach der Krankengeschichte erscheint es zweifellos, dass Patient an einer durch Jodoform hervorgerufenen Exacerbation der bestehenden chronischen Leptomeningitis zu Grunde gegangen ist. Der Fall fiel in die Zeit, als wir eben erst durch einige andere, seinerzeit vom Collegen Dr. Henry*) beschriebene Fälle auf die Jodoformvergiftung aufmerksam geworden waren. Wenngleich in diesem Falle nur geringe Mengen (6—8 gr.) zur Verwendung gekommen und, sobald der Verdacht auf Jodoformvergiftung rege wurde, so schnell und so gründlich wie mög-

*) Henry, Deutsche med. Wochenschrift 1882.

lich das Jodoform aus der Wunde entfernt wurde, genügte diese geringe Menge, welche zur Resorption kam, bei dem notorischen Säufer doch, um eine zum Tode führende Verschlimmerung der chronischen Hirnhautentzündung herbeizuführen. Der Fall ist wieder ein Beleg dafür, wie vorsichtig man bei Säufern mit dem Jodoform verfahren muss, bei denen gerade die Organe, in welchem sich vorzugsweise die Wirkung des Jodoforms äussert, Herz, Gehirn, Nieren erkrankt zu sein pflegen.*)

Bei vorsichtiger, spärlicher Anwendung, wie wir sie jetzt üben, stellt das Jodoform immerhin ein Mittel dar, welches besonders bei den einer stricten Antisepsis nicht zugängigen Wunden von unschätzbarem Werthe ist und aus der chirurgischen Therapie nicht gleich verschwinden wird. Bei vorsichtiger Anwendung sind seine gefährlichen Seiten zu vermeiden. Wir haben wenigstens seit jener Zeit, trotzdem wir das Jodoform noch vielfach verwenden, nie mehr irgend einen Unfall zu beklagen gehabt. Bei inoperablen Carcinomen wird es seiner wunderbar desodorisirenden Wirkung wegen kaum zu entbehren sein. Es benimmt nicht nur den ungemein üblen, belästigenden Geruch, sondern giebt auch der Geschwürsfläche ein besseres Aussehen.

Ueber die bei den 19 Fällen von Carc. penis ausgeführten Operationen giebt nachstehende Zusammenstellung Aufschluss:

| | |
|---|---|
| Auslöffelung mit Cauterisation . . . . . | 1 mal |
| einfache Amputation des Penis mit Messer . . . . . | 5 mal |
| galvanokaustische Abtragung des Penis . . . . . | 5 mal |
| Drüsenexstirpation allein . . . . . | 1 mal |
| Amputation des Penis mit gleichzeit. Drüsenexstirpat. | 7 mal |
| sehr hohe Amputation mit Verlegung d. Urethralöffnung | 4 mal |
| Summa | 23 Operationen. |

Fragen wir nun nach dem definitiven Heilerfolg der operativen Behandlung des Carcinoma penis, so können wir nicht so unumwunden der Ansicht, wie sie Podrazki, Albert vertritt, dass die Operation günstige Heilresultate gebe, beistimmen. Denn von den 17 Patienten, über welche wir genauere Nachrichten über ihr jetziges Befinden besitzen, sind nur 3, welche sich nach der Operation bis jetzt dauernd vollkommen gesund befunden haben, = 17,6 %. Es sind dies die Fälle

III 1, operirt am 15. Januar 1880,
III 2, operirt am 3. März 1880,
III 5, operirt am 15. Januar 1882,

sodass demnach Fall III 1 . . . 4 Jahre 3 Monate,
III 2 . . . 4 Jahre,
III 5 . . . 2 Jahre 2 Monate

von Recidiv frei geblieben sind.

Fall III 3 und III 4 sind 1883 und 1884 recidiv geworden, und mussten sich abermaligen operativen Eingriffen (leider nicht bei uns) unterwerfen, sodass sie im Augenblick erst als relativ geheilte Fälle anzusehen sind.

*) Partsch, Discussion in der Sitzung der vaterländischen Gesellschaft. Bresl. ärztliche Zeitschrift. 1882, pag. 150.

Von den obigen Fällen, welche bis jetzt ganz von Recidiv frei geblieben sind, war Fall III 1 ein recht schwerer. Es bestand eine umfangreiche carcinomatöse Infiltration der pars pendula, sodass eine sehr hohe Amputation mit Transplantatio urethrae perinealis und doppelseitiger Exstirpation der Leistendrüsentumoren vorgenommen werden musste.

Fall III 2 war eine Amp. penis mit Exstirpation der Leistendrüsen.

Fall III 5 war eine Amp. penis ohne Ausschälung der bereits fühlbar geschwellten Drüsen der Inguinalgegend. Dieser letztere Fall würde sich den von Winiwarter besonders hervorgehobenen anreihen, in denen die Schwellung der Leistendrüsen doch nur eine consensuelle sein kann.

Aus dieser Uebersicht schöpfen wir die beruhigende Ueberzeugung, dass die Leistendrüsenschwellung an sich keine Contraindication für die Vornahme der Operation bietet, ja dass selbst Fälle in recht vorgerücktem Stadium wie III 1, der nunmehr 4 Jahre gesund ist, nicht eine absolut schlechte Prognose geben, sondern der Mühe der Operation werth sind. Trotz des günstigen Verlaufs des Falles III 5, der ohne Ausschälung der geschwellten Leistendrüsen bisher recidivfrei geblieben ist, möchte ich, so lange wir kein Kriterium besitzen, eine entzündliche und eine carcinomatöse Drüseninfiltration zu unterscheiden, auf dem oben aufgestellten Princip, die geschwellten Leistendrüsen stets zu entfernen, stehen bleiben.

Ich weiss nicht, ob es blosser Zufall ist, dass alle geheilten Fälle der papillären Form des Carcinoma penis angehören. Ich würde dies nicht besonders betonen, wenn nicht auch, ohne dass es Winiwarter*) aufgefallen ist, unter den 5 von ihm beobachteten definitiven Heilungen 4 Patienten ein exquisit papilläres Carcinom des penis getragen hätten. (Fall 6, 13, 17, 18.) Von dem fünften der Fälle Winiwarters ist es wahrscheinlich, aus der Krankengeschichte aber nicht genau zu ermitteln.

Bei den von S. Fischer**) aufgeführten geheilten Fällen (Fall 76 7 Jahre recidivfrei, Fall 81 4 Jahre recidivfrei, Fall 86 ?) lässt sich der Charakter der Geschwulst aus den mitgetheilten Daten nicht mit Bestimmtheit ersehen.

Auffällig bleibt sicherlich die Coincidenz in den Winiwarter'schen und den von uns beobachteten Fällen. Vielleicht gelingt es uns mit Vermehrung der Zahl von Beobachtungen gewisse Formen aus dem grossen Rahmen des Carcinoms auszusondern und wenigstens einige sichere Anhaltspunkte für die Prognose zu gewinnen.

Von den 2 an intercurrenten Krankheiten gestorbenen Patienten ist der eine angeblich an Blutzersetzung, wahrscheinlich wohl doch an Recidiv 1¾ Jahre nach der Operation, der andere 1½ Jahre nach der Operation an chronischer Nephritis zu Grunde gegangen. Dieser letztere Fall ist unter die bedingt Geheilten mit aufzunehmen, da der Hausarzt ausdrücklich betont, dass von dem Carcinom keine Spur mehr aufgetreten wäre.

Alle Patienten, bei denen bis jetzt ein Recidiv nicht eingetreten ist, unterwarfen sich zum ersten Male einer Operation. Patienten, die sich mit einem Recidiv vorstellten, sind auch durch eine zweite Operation nicht geheilt worden.

---

*) Winiwarter, Statistik der Carcinome, pag. 268.

**) Fischer, Ueber Ursachen der Krebskrankheit, pag. 225.

Die Zeit, in welcher nach der Operation die Patienten von ihrem Leiden fre waren, betrug bei den Patienten, welche sich zum ersten Male einer Operation unterwarfen,

1 mal 4 Wochen,
2 mal 4 Monate,
1 mal 2 Jahre,
1 mal 2½ Jahre,
1 mal 3 Jahre.

Es geht daraus hervor, dass der operative Eingriff, selbst wenn er keine radicale Heilung bringt, doch die Patienten nicht selten recht lange von ihren Leiden frei macht und ihnen Lebensjahre erhält. Leider aber lehrt uns obige Zusammenstellung auch die betrübende Wahrheit, dass auch ein mehrjähriger Stillstand des Leidens, der durch die Operation erzielt, doch noch keine radicale Heilung in Aussicht stellt, sondern dass nach 2 Jahren, ja nach 3 Jahren das alte Uebel wieder zum Ausbruch kommen kann. Streng genommen würde demnach von den drei Fällen, welche oben als geheilt bezeichnet worden sind, Fall III 5 noch auszuscheiden und nur als bedingt geheilt anzusehen sein.

In 4 Fällen trat das Recidiv rein local auf, in 2 Fällen entwickelten sich die bei der Operation bereits leicht geschwellten Drüsen zu metastatischen Tumoren weiter, 1 mal gesellte sich zu der bestehenden Drüsenmetastase ein Stumpfrecidiv, 2 mal kann die Natur des Recidivs nicht näher angegeben werden, leider grade in den Fällen, welche auffällig lange recidivfrei geblieben sind.

In Fall I 5 wurde versucht, die beiderseits geschwellten Leistendrüsen zu entfernen. Da die Ausschälung auf der rechten Seite, wo die Drüsenschwellung geringgradig war, schon auf bedeutende Schwierigkeiten stiess, wurde sie links ganz unterlassen, sodass Patient an dieser Metastase und einem in der Exstirpationsnarbe rechts sich entwickelnden Recidiv zu Grunde ging.

Bei Fall I 8 hatte die secundäre Entfernung der Leistendrüsenmetastase gar keinen Erfolg; es entwickelte sich in der Operationswunde continuirlich ein Recidiv, dem der Patient erlag.

Ebenso betrübend waren die Erfolge, welche wir bei den secundären Operationen erzielten. Mit Ausnahme der eben erwähnten secundären Drüsenexstirpation wurde noch 5 mal secundär, d. h. zum wiederholten Male operirt.

Fall I 4 erlag einem localen Recidiv nach 4 Monaten.

Fall I 2 starb ohne ausgesprochenes Recidiv nach 7 Monaten. Zweimal entwickelte sich im Anschluss an die Heilung ein tödtliches Recidiv (es waren dies die mehrfach erwähnten umfangreichen Operationen am Beckenboden); Fall I 6 bekam trotz der Exstirpation der Drüsen ein Drüsenrecidiv, dem sich noch ein locales zugesellte.

Leider sind die Recidive, welche die zweite Operation nöthig machten, sehr schnell (meist nach 4—6 Wochen) nach der ersten Operation aufgetreten, so dass wohl meist eine rasch fortschreitende carcinomatöse Infiltration der Gewebe vorlag, in die hinein die zweite Operation gesetzt wurde. Daher die ungemein schnellen Recidive nach dem zweiten Eingriff.

Die Patienten, bei denen das Recidiv Jahre lang auf sich warten liess, sind leider nicht bei uns, sondern auswärts nachoperirt worden, sodass wir weder über

die Form des Recidivs, noch über den Erfolg einer zweiten Operation unter solchen Umständen ein Urtheil gewinnen konnten. Wenn man aus dem Verlauf von Fall III 3 einen Schluss ziehen darf, so sind die Resultate günstiger. Er befindet sich nach der zweiten Operation schon über 1 Jahr recidivfrei.

Was den Erfolg der Exstirpation der Leistendrüsen anlangt, so scheint es, als ob eine radicale Entfernung der geschwellten Drüsen nicht ganz leicht auszuführen wäre. Von 6 Fällen, in denen die Leistendrüsen exstirpirt worden sind, sind nur 2 geheilt. (III 1 und III 2.) Zweimal (I 1, I 6) entwickelte sich später trotz der Exstirpation der Drüsen ein metastatischer Tumor in der Leistengegend, zweimal (I 8, I 5) heilte die Operationswunde nicht vollständig; aus ihr heraus entwickelte sich das tödtliche Recidiv.

Ein Fall, VI 1, erwies sich bei seiner ersten Vorstellung als inoperabel. Bei einem 28jährigen Manne hatte ein höchst wahrscheinlich krebsiger Prozess innerhalb eines Jahres zu einer vollständigen Vernichtung des Penis geführt. Am Schambogen fand sich ein grosses, elevirtes, kraterförmiges Geschwür, aus dessen Grunde der Urin hervorquoll. Das Scrotum war mit erbsengrossen, von Fisteln durchbrochenen Knötchen durchsetzt, die Innenfläche des Oberschenkels ebenfalls infiltrirt und von Fisteln durchbohrt. Die Leistendrüsen beiderseits stark geschwellt.

Jedenfalls ein sehr eigenthümlicher, besonders maligner Verlauf bei einem relativ jungen Manne!

Blicken wir zum Schluss auf die Erfolge der chirurgischen Therapie des Peniscarcinoms zurück, so sind sie keineswegs besser als in der vorantiseptischen Zeit.

Von 19 Patienten, die operirt worden sind, sind 12 gestorben, davon 9 an Recidiv. Zwei sind an den Folgen der Operation zu Grunde gegangen. Drei sind dauernd gesund geblieben; zwei sind vor kurzer Zeit an Recidiv operirt worden.

## b. Das Carcinom der Vulva.

Es ist Sitte geworden, die Krebse der äusseren Genitalien des Weibes mit denen der Männer zusammenzustellen und sie im Verein mit diesen zu besprechen. Ich halte diesen Brauch für unrichtig. Denn selbst wenn man sagt, dass kleine Zahlen für eine Statistik nicht zu verwerthen sind, — was von Winiwarter auch nicht consequent durchgeführt ist, da er z. B. 3 Oberlippencarcinome für sich besonders betrachtet — so verfährt man doch richtiger, diese kleinen Zahlen statistisch unverwerthet für sich hinzustellen, als mit ihnen die Statistik einer anden, streng nicht zugehörigen Gruppe zu verdunkeln.

Ich verfüge über 9 Fälle von Krebs der weiblichen äusseren Genitalien, eine ziemlich beträchtliche Anzahl, wenn man sie mit den Zahlen der oben erwähnten Zusammenstellungen vergleicht, und ganz besonders wenn man in Erwägung zieht, dass Hildebrand (Pitha Billroth'sches Handbuch VI pag 60)*) erklärt, dass er im Ganzen nur 3 Fälle von Krebs der Vulva gesehen habe. Rechtfertigt somit schon die Höhe der Zahl mein Vorgehen, so verdienen diese Fälle um so mehr eine besondere Besprechung, wenn man erwägt, dass die anatomischen Verhältnisse für

*) Winiwarter hat 9 Fälle von Carc. vulvae mit den 15 Fällen von Carc. penis vereint, Fischer 4 Fälle mit 9 von Carc. penis.

die Ausbreitung der Krebse, für ihre operative Beseitigung ganz andere Bedingungen setzen, als für die Krebse des Penis. Allerdings sind zu meinem Bedauern die Erhebungen über das Schicksal dieser Fälle von auffallend geringem Erfolge begleitet gewesen, insofern ich über 4 Fälle gar keine Nachrichten bekommen konnte. Trotzdem hielt ich die 9 Fälle einer gesonderten Besprechung für werth.

Die neun Patientinnen, welche sich in der Klinik mit Carcinom der Vulva vorstellten, standen im Alter von 27 — 68 Jahren. Das durchschnittliche Alter belief sich auf 47,1 Jahr.

Aetiologische Momente, wie sie von anderen Autoren angegeben, Fall, Quetschung, Stoss, waren bei keiner der Patientinnen zu eruiren. Das Leiden bestand in 2 Fällen erst 6 Monate, in 3 Fällen schon 1 Jahr. Eine Patientin stellte sich mit einem Recidiv vor. Eine Patientin hatte seit 8 Jahren schon ein kleines Knötchen getragen, welches anfänglich allmälig, seit kurzer Zeit aber sehr rasch wuchs. Bei den übrigen Patientinnen ist die Dauer des Leidens nicht angegeben.

Nach den Beobachtungen Mayers (Virch. Arch. Bd. 35 pag. 538), dem wir die Krankengeschichten einiger Patientinnen verdanken, welche er vom ersten Beginn des Carcinoms an behandelte, entsteht die maligne Neubildung aus ein oder mehreren Knötchen oder Wärzchen mit mehr oder weniger dickem Epithelbelag. Allmälig nehmen sie mit zunehmender Blutfülle eine röthliche Färbung, erheben sich über die Umgebung und secerniren ein wenig gelbliche Flüssigkeit. Durch Infiltration der nächsten Nachbarschaft mit Erosions- und Ulcerationsbildung geht die primäre Geschwulst in ein rundliches, erhabenes Geschwür mit harten lividen Rändern und grob granulirtem Grunde über. Bald breiten sich diese Geschwüre aus nach allen Seiten hin. Dass, wie Mayer annimmt, die Carunculae myrtiformes einen Wall bilden, welchen das Geschwür nicht durchbrechen kann, dass die Scheide also frei bleibt, scheint sich nach unsern Fällen nicht zu bestätigen. In drei unserer Fälle hatte das Geschwür ziemlich weit sich nach der Scheide zu ausgebreitet, in einem Falle sogar $^2/_3$ der untern Scheide ergriffen. So geht das Carcinom von seinem Standort aus allmälig auf die Labien, die Clitoris, die Urethra über, zieht die Haut der Schenkel und des Schamberges in sein Bereich; bei einer unserer Patientinnen hatte es sich bis ans Rectum gewagt.

Nicht selten erheben sich aus dem Geschwürsgrunde papilläre, dendritisch sich verzweigende, durch die Enge des Standorts zusammengefaltete Wucherungen, welche oft grosse, blumenkohlartige Gewächse bilden, deren Oberfläche umfangreich ulcerirt ein sehr übelriechendes Secret absondert, welches die ganze Umgebung eczematös macht.

Der Sitz der carinomatösen Neubildung ist am häufigsten die Innenfläche der labia majora und die hintere Commissur, seltener die vordere Commissur und die Clitoris.

Die reiche Versorgung des Mutterbodens mit Gefässen bedingt es, dass sich das Carcinom der Vulva schnell generalisirt. Meist ziemlich früh beginnt die Schwellung der regionären Lymphdrüsen in der Inguinalfalte. Sie verwachsen, an Umfang zunehmend, mit den grossen Venen des Schenkels und geben dadurch leicht Veranlassung zu einer weit verbreiteten Verschleppung carcinomatöser Keime. Zu-

gleich erwächst dadurch noch eine andere Gefahr für die Patientinnen. Die schnell wuchernden, bald breit aufbrechenden Geschwülste der Leistenbeuge führen zu wiederholten, oft recht bedeutenden Blutungen, welche die Kräfte der Patientinnen schnell herunterbringen. Diese Blutungen sind keineswegs so selten, wie es nach Hildebrand's Beschreibung den Anschein haben könnte. Ich kann seinem Satz: »Weder pflegen die Secretionen so massenhaft zu sein, noch pflegen im Verlauf des Leidens so starke Blutverluste aus den Geschwüren zu erfolgen, noch auch so heftige Schmerzen vorhanden zu sein, dass sich hieraus der schnell zunehmende Marasmus erklären liesse. Die Kranken gehen mithin an chronischer, septischer Infection zu Grunde,« durchaus nicht beistimmen.

Das scheusslich stinkende Secret der umfangreichen Geschwüre der Labien und der Drüsengeschwülste, die Blutungen aus den letzteren, die Metastasen, welche die Functionen der edleren Organe stören, sind doch genügende anatomische Substrate für den rapiden Kräfteverfall.

Der Tod erfolgt durchschnittlich innerhalb zwei Jahre nach Beginn des Leidens. In unseren Fällen trat er ein einmal 1 Jahr nach Beginn, ein ander Mal 6 Monat nach Beginn, 5 Monate nach der Operation, ein drittes Mal 1½ Jahr nach Beginn, 3 Monate nach der Exstirpation. In einem Falle scheint die Operation den Verlauf des Leidens wesentlich aufgehalten zu haben. Es zeigte sich erst 3½ Jahre nach der Exstirpation ein Recidiv, das bei der Vorstellung der Patientin schon solche Dimensionen angenommen, dass an eine nochmalige Operation nicht gedacht werden konnte. Fast in allen inneren Organen bildeten sich Metastasen, welche im Verein mit schwer zu stillenden Blutungen die Patientin dahinraffte. Dieser Fall ist noch besonders bemerkenswerth dadurch, dass er unter unsern Augen ein von den Drüsengeschwülsten ausgehendes Erysipel durchmachte, ohne dass sich nach Ablauf desselben auch nur die geringste Veränderung in der Grösse und dem Aussehen des Tumors beobachten liess.

Für eine radicale Heilung des Krebses ist es ein grosser Uebelstand, dass das Carcinom in seinen ersten Stadien ohne besonders auffällige Symptome verläuft. Nicht selten allerdings verräth ein lästiger Pruritus sein Entstehen. Aber man ist allgemein geneigt, einen solchen Pruritus auf eine constitutionelle Erkrankung zurückzuführen. Selbst wenn sich etwas seröse Secretion beigesellt, wird eine Ocularinspection immer noch versäumt. Nimmt man dann eine solche vor, so wird man überrascht von der Ausdehnung des Leidens, das in dem gefässreichen Gewebe schnell zu wuchern pflegt. So lange das Leiden noch nicht sehr ausgebreitet ist, dürfte eine Entfernung desselben und damit radicale Heilung noch möglich sein. So haben wir in Fall III 1 durch Exstirpation eines mehrere Centimeter breiten, harte Ränder besitzenden Geschwüres bei noch nicht geschwellten Inguinaldrüsen die Patientin bis jetzt, 3 Jahre nach der Exstirpation, ohne Recidiv erhalten.

Hat dies Leiden local eine bedeutendere Ausbreitung angenommen, sind einmal die Lymphdrüsen inficirt, so scheint auch die Operation kaum einen definitiven Erfolg zu haben. Wenigstens sind drei der Patientinnen trotz Exstirpation des Tumors und (bei zwei) Entfernung der Lymphdrüsen nach längerer oder kürzerer Zeit einem Recidiv erlegen.

Aber die lange Pause, welche in dem einen Falle (I 3) durch die Operation im Verlauf des Leidens eingetreten war, berechtigt dazu, auch in diesen Fällen die Operation wenigstens zu versuchen. Ja, ich halte sie für gerechtfertigt, wenn es gilt, eine Patientin von einem lästigen, quälenden, durch seine Grösse unbequemen, durch seine profuse Secretion die Kräfte der Patientin consumirenden Tumor zu befreien; auch dort noch ist zu operiren, wo die Aussicht auf eine Heilung absolut ausgeschlossen ist. So sind wir in Fall V 3 verfahren bei einer Patientin, die zwei üppig wuchernde, papillomatöse Neubildungen in der Schooss und den Weichen trug; nur um die Patientin ihrer Umgebung erträglich zu machen, wandelten wir durch die galvanokaustische Abtragung die umfangreichen, stinkendes Secret absondernden Geschwürsflächen in kleine, flache Brandwunden um.

Für diese papillären Formen, die nicht selten mit einem schmalen Stiel aufsitzen, eignet sich die galvanokaustische Schlinge gut. Breite, in die Fläche gehende Geschwülste sind nur mit Messer und Scheere zu exstirpiren. Die dabei auftretende, öfters recht reichliche Blutung wird durch Unterbindung und Naht gestillt. Nicht gar selten hat man die Freude, nach Exstirpation mit dem Messer, da die Plasticität der Gebilde selbst umfangreichere Defecte mit der Naht exact zu schliessen erlaubt, eine primäre Vereinigung der Wundflächen zu sehen und damit die Patientin in kurzer Zeit, ohne wesentliche Beschwerden, von einem sehr lästigen Uebel zu befreien. Wir haben daher in der Mehrzahl der Fälle die Exstirpation mit nachfolgender Naht ausgeführt, die galvanokaustische Abtragung nur in zwei, besonders dazu auffordernden papillomatösen Tumoren angewendet. Mit der Exstirpation wurde zweimal die Auslösung geschwellter Lymphdrüsen verbunden, wie schon erwähnt, ohne definitiven Erfolg.

Die Resultate der operativen Behandlung der Krebse der Vulva sind keineswegs ermuthigend.

Von 9 Fällen mussten 2 als inoperabel remittirt werden, bei einer von den 7 andern Patientinnen wurde auch nur im Carcinom selbst operirt, ohne Aussicht auf Erfolg, nur um die augenblicklichen Beschwerden zu mildern. Von den sechs Patienten lebt eine drei Jahre nach der Exstirpation vollkommen frei von Recidiv, eine hat im vorigen Jahre noch gelebt. Zwei sind an Recidiv gestorben, von einer fehlt jede Nachricht.

Am operativen Eingriff selbst ist keine der Patientinnen gestorben.

# Tabellarische Uebersicht

der Fälle

von

# Carcinom der Lippen.

# I. An Recidiv gestorben.

| Nummer | Name, Stand, Wohnort | Alter | Zeit der Aufnahme | Aetiologische und anamnestische Daten | Sitz, Ausdehnung und Art der Neubildung | Zeit der Operation | Art derselben | Verlauf | Dauer des Leidens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Be. Gottfried Arbeiter Karzen | 70 | 22. 10. 1875 | Vor 1/2 Jahr bemerkte Pat. im l. Mundwinkel eine wunde harte Stelle. Als Ursache giebt er Reibung der Lippe an einem hohlen Zahne an. Pfeife raucht Pat. nicht. | Ein den ganzen l. Mundwinkel einnehmendes, hartes Geschwür. | 22. 10. 1875 | Exstirpation. | Die operirte Lippe schwoll mehr und mehr an, sodass Pat. kaum noch etwas Flüssiges zu sich nehmen konnte. Der Tod war schmerzvoll und langsam. Wann der Tod erfolgt, wurde nicht angegeben. | ? |
| 2 | Heinz. Christ. Auszügler Kaltwasser | 80 | 27. 6. 1877 | Beginn vor zwei Jahren mit einer kleinen Warze. Nichtraucher. | An der Unterlippe 3 cm breites Geschwür. 1 cm vom r., 1,5 cm vom l. Winkel entfernt. Rand umgeworfen, nach oben in zwei Knollen übergehend, die sich in der Schleimhaut verlieren. Grund zerklüftet, papillär. | 27. 6. 1877 | Exstirpation. Op. plastica. | Während local die Narbe gut verheilt blieb, stellte sich eine Drüsengeschwulst am Unterkiefer ein, welche aufging und immer tiefer frass bis zum Tode. Zuletzt konnte er keine Speise zu sich nehmen. Starke Abmagerung, viel Schmerzen. In den letzten Tagen vor dem Tode konnte er nicht mehr sprechen, weil er die Zunge nicht mehr bewegen konnte. Er starb bei vollem Bewusstsein am 2. Januar 1879. | 3 1/2 Jahr |
| 3 | Ulb. Veronica Haushälterin Breslau | 63 | 2. 7. 1877 | Beginnn vor 9 Jahren unter erysipelatösen Erscheinungen. | Die Unterlippe in einen sich nicht scharf abgrenzenden Tumor verwandelt. Lippenrand 2—3 cm dick, stark evertirt; bis an den Kinnrand ein tiefes, zerklüftetes, markiges Geschwür mit spaltförmigen Ausläufern, aufgeworfenen Rändern, weichem Grunde. Neben dem Geschwür ein haselnussgrosser Knoten, der zum Theil schon exulcerirt ist. Das Geschwür ist fest adhaerent a. d. Unterkiefer. Lymphdrüsen beiderseits geschwellt. | 2. 7. 1877 | Exstirpation. | An Entkräftung gestorben 19. September 1877. | 9 Jahr |
| 4 | Sanetr. Franz Stellenbes. Gorzütz. | 52 | 10. 5. 1878 | Raucher, Pfeife aber stets rechts getragen. Seit 4 Jahren mit Borkenbildung an der untern Partie des Mundwinkels. Allmählich wachsender, seit letzter Zeit erst | Am l. Mundwinkel ein 5 cm langer, 2 cm tief in die Substanz der Lippe und Wange fressender Tumor, mit aufgeworfenem, unregelmässigem Rande. Die submaxillaren Lymphdrüsen haselnussgross, sehr hart. | 1878 | Exstirpation. | Trotz der Operation wuchs die Geschwulst weiter bis auf die Schlingorgane. Pat. erhungerte. Starb 1880. | 6 Jahr |

II

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Arbeiterfrau Wilschkau | | | einem Strohhalm während der Ernte in die Lippe. | Es entstand ein Geschwür auf der linken Hälfte der Unterlippe. | 1877 | Exstirpation (auswärts). | | |
| | | | 4. 9. 1878 | April 1878 bildete sich am Unterkiefer eine narbige Einziehung mit zunehmender Schwellung in der Umgebung. | Am l. Kieferwinkel ein sehr derber, mit dem aufsteigenden Ast verwachsener, bis zum arcus zygomat. reichender Tumor. Die Haut über ihm normal. Er ist mit der Mundschleimhaut fest verwachsen, greift auf den Mundboden bis zur Mittellinie über. Nach vorn reicht er bis zum ersten Backzahn. Der Unterkiefer kann nur bis auf 1 cm dem Oberkiefer genähert werden. | Inoper. | Remittirt. | Ist erhungert. Starb im Jahre 1879. | 3 Jahr |
| 6 | Sähm. Anton Tagarbeiter Trebnitz | 59 | 31. 3. 1879 | Cigarrenraucher. Vor vier Jahren begann das Leiden mit einer Warze in der Mitte der Unterlippe. Behandlung mit Aetzmitteln bewirkte eine rasche Zunahme, so dass sich das Geschwür schnell über die ganze Unterlippe verbreitete. | Die ganze Unterlippe ist eingenommen von einem vorspringenden knolligen Tumor, 7 cm breit, 3 cm prominirend. Der Tumor reicht bis unter die Mitte der vorderen Kinnfläche, greift bis auf die Schleimhaut bis nahe an das Zahnfleisch über. Zwischen den zum Theil mit dicken Krusten bedeckten Knollen ziehen tiefe Rhagaden. Lymphdrüsen anschein. ganz frei. Papilläres Carcinom. | 31. 3. 1879 | Exstirpation. | Nach drei Monaten trat in der Narbe ein Recidiv auf, dem Geschwülste nahe am Unterkiefer folgten. Pat. starb an Marasmus 1881. | 6 Jahr |
| 7 | Geisl. August Stellenbes. Petschkendf. | 56 | | Kein Raucher. Drei Monate lang bestand ein | Krebsgeschwür, welches operirt wurde. | 6. 1878 | Exstirpation (auswärts). | | |
| | | | 2. 9. 1879 | 3 Monate nach der Exstirpation bildete sich eine Geschwulst unterh. des Kinnes r. von der Mittellinie; sie wuchs rasch und brach auf. | Am r. Unterkiefer, neben der Mittellinie ein 5 cm grosses, schüsselförmiges Geschwür mit überhängenden Rändern, knotigem Grunde. Die Umgebung desselben bis an den Kieferwinkel über die Mittellinie hinüber nach links tief infiltrirt; hinter dem l. Unterkiefer eine pflaumengrosse Drüse und eine andere an der Scheide der Gefässe links. | | Inoperabel remittirt. | Nachdem er 14 Tage lang der Sprache völlig beraubt war, starb er 8 Wochen nach der Rückkehr aus der Klinik am 11. Nov. 1879. | $1^3/_4$ Jahr |
| 8 | Grzelcz. Waiz. Bauer Krajewic | 50 | 25. 11. 1879 | Kein Raucher. Vor 3 Jahren begann das Leiden in der Nähe des l. Mundwinkels, nachdem Pat. gewohnheitsmässig beim Zimmern den Nagel durch die Lippen gezogen und sich dabei einmal verwundet hatte. | Die obere Hälfte der Unterlippe in der Geschwulst aufgegangen, die fast ganz exulcerirt ist. Die l. submaxill. Lymphdrüse über haselnussgross, mit dem Unterkiefer fest verwachsen. | 11. 1879 | Exstirpation. Op. plastica. | Monat Mai 1880 stellte sich das alte Leiden wieder ein, welches auf die Backe übergriff. Er starb den Hungertod Februar 1881. | 5 Jahr |

III

| Nummer | Name, Stand, Wohnort | Alter | Zeit der Aufnahme | Aetiologische und anamnestische Daten | Sitz, Ausdehnung und Art der Neubildung | Zeit der Operation | Art derselben | Verlauf | Dauer des Leidens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9 | Sobz. Franz Arbeiter Kazuren | 40 | 4. 6. 1881 | Kein Raucher. Ohne angebbare Ursache entstand vor 3 Jahren ein Geschwür am Unterkiefer. | Auf der l. Hälfte der Unterlippe, die Mittellinie etwas mehr überschreitend, ein harter, knolliger Tumor, dessen Oberfläche exulcerirt ist. | 6. 1881 | Exstirpation. | Stellt sich im Juni 1882 mit einem den ganzen l. Unterkiefer einnehmenden, breit exulcerirten, stark wuchernden Recidiv vor; neben demselben Schwellung der Unterkieferdrüsen. Tod am 20. Januar 1883. Die Nahrungsaufnahme war ganz behindert. Er musste mit der Flasche genährt werden. Das Gesicht war sehr gedunsen. Die Zähne fielen sämmtlich aus, so zwar, dass die Kieferknochen frei im Munde zu fühlen waren. Sprache undeutlich. | 4½ Jahr |
| 10 | Gl. Gottlieb Arbeiter Breslau | 54 | 20. 7. 1881 | Seit einem Jahr bemerkte Pat., der Raucher ist, am r. Mundwinkel eine Geschwulst. | Dieselbe ist pilzförmig hervortretend, auf die Schleimhaut übergreifend, ganz exulcerirt. | 7. 1881 | Exstirpation mit Plastik u. Lippensaumverziehung. Heilung reactionslos. | Am r. Kieferwinkel fand sich bald ein schmerzhafter Knoten. Drei Wochen vor Weihnachten schwoll derselbe stark an und exulcerirte. Am rechten horizontalen Kieferast ein kraterförmiges Geschwür, dessen Umgebung bis über die Mitte des Halses fort infiltrirt ist. Alle Halsdrüsen geschwellt, bedeutende schmerzhafte Schwellung in den linken Jugular- und Supraclaviculardrüsen. Grosse Abmagerung. Local kein Recidiv. Das Geschwür reicht bis auf den Kiefer. Tod am 21. Januar 1882 erfolgt. Section: Carc. gland. lymphat. colli. Pneumoniea lobul. chron. interstit. lob. inf. utriusque. Sclerosis pergravis aortae. Scleros. valvul. semilun. aortae. Carc. gland. inframaxillar. dextr. et supra clavicularium sin. metastaticum ex carcinomate labio inf. olim exstirpati. Perisplenitis adhaesiva. Bronchopneumonie.chronica.lobii inf.utriusque cum dilatat. bronchie. statica. Oedema pulmonum Perihepatitis adhaesiva chronica. Pachymenin- | 1½ Jahr |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Wiesenwärt. Wolmsdorf | | 1881 | sich am l. Mundwinkel ein Geschwür. Neben demselben ein Tumor in der Wange. Die Geschwulst verbreitete sich über das Kinn weiter. | welchem ein wallnussgrosser, von zwei Fisteln durchbrochener Tumor sich befindet. Grund des Geschwürs warzig, nicht stark sich erhebend. Die ganze Unterlippe wird von der Geschwulst eingenommen. | 1881 | Exstirpation. | Geschwulst des Halses und der Brust. | Jahr |
| 12 | Schw. Ernst Stellenbes. Lauterbach | 46 | 7. 6. 1882 | Früher gesund. März 1882 stellte sich Schwellung der submaxillaren Drüsen ein; seit 14 Tagen Exulceration. | Lippencarcinom. Faustgrosser Tumor am l. Unterkiefer; starke Schwellung der Drüsen hinter dem sternocleidomastoideus. | 11. 1881 | Exstirpation (auswärts). Als inoperabel remittirt. | Pat. ist gestorben. Datum nicht zu ermitteln. Starke Abmagerung, grosse Schwäche, Appetitlosigkeit, Geschwülste fast über den ganzen Körper aufgetreten. | ? |
| 13 | Schm. Karl Hausbesitzer Winzig | 86 | 3. 8. 1882 | Kein Raucher. Wurde beim Zahnziehen an der Lippe verlezt. An dieser Stelle entstand bald, jetzt vor 8 Wochen, ein Geschwür. | Am r. Mundwinkel ein kraterförmiges, gleichmässig auf Haut und Schleimhaut übergreifendes Geschwür m. infiltrirter Umgebung. Mikroskopisch fällt auf, dass die Umgebung des aus kleinen, protoplasmareichen Zellen bestehenden Carcinoms ungemein stark bis tief in die Substanz der Lippe hinein kleinzellig infiltrirt ist. Fühlbare Drüsen nicht vorhanden. | 3. 8. 1882 | Excisio cuneiformis. | Nach der Operation soll grosse Gedächtnissschwäche, Abmagerung und Appetitlosigkeit eingetreten sein. Februar 1883 trat Recidiv ein, welches sich auf die ganze r. Unterkieferseite erstreckt. Tod am 25. Mai 1883. | 1 Jahr |
| 14 | Gendzerek Clarinettenbläser Wildbahn | 55 | 14. 8. 1882 | Clarinettenbläser. | Sehr übelriechendes weiches Geschwür m. aufgeworfenen, unregelmässig zerfressenen Rändern und Grunde. Die Ränder zum Theil knollig. Das 2,5 cm breite Geschwür greift auf die Schleimhaut 1 cm weit über. Das Geschwür geht vom r. Mundwinkel auf der Unterlippe soweit nach links, dass hier nur 1 cm frei ist, dann bis auf die Mitte der Oberlippe, in die Backentasche hinein bis zum hintersten Backzahn. Zwei stark geschwollene Unterkieferdrüsen werden mit entfernt. | 14. 8. 1882 | Exstirpation. Plastik. | Unter Abmagerung, Schwellung der Beine, dass Pat. weder mehr gehen noch stehen konnte, trat Schwellung des Gesichts und Geschwürsbildung im Gesicht und an verschiedenen Stellen des Halses ein. Die Sprache wurde ganz unverständlich. Tod am 22. Octbr. 1883. | ? |

| Nummer | Name, Stand, Wohnort | Alter | Zeit der Aufnahme | Aetiologische und anamnestische Daten | Sitz, Ausdehnung und Art der Neubildung | Zeit der Operation | Art derselben | Verlauf | Dauer des Leidens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 15 | Hey. Gottlieb Häusler Neuvorwerk | 52 | 23. 10. 1882 | Angeblich seit 2 Jahren in der Mitte der Unterlippe eine Blatter, die sich allmälig in einen derben, die r. Hälfte der Unterlippe einnehmenden Tumor von Haselnussgrösse verwandelt. Seit einem Jahre, wo eine Behandlung mit Aetzmitteln eingeleitet wurde, verbreitete sich die Geschwulst auch nach links. Kein Raucher. Ursache nicht anzugeben. | Die ganze Unterlippe von einem knolligen, an der Oberfläche stark exulcerirten harten Tumor eingenommen, der rechts bis an den Mundwinkel reicht, links ½ cm frei lässt. Nach abwärts geht er bis zur Plica mentolabialis. An r. Seite greift er 1½ cm auf die Schleimhaut über. Allgemeinbefinden im Ganzen gut. Halsdrüsen nicht geschwellt zu fühlen. | 24. 10. 1882 | Exstirpation. | Acht Wochen nach der Operation fand sich eine Geschwulst am l. Unterkiefer, welche nach 4 Wochen incidirt wurde. Die letzten 3 Wochen seines Lebens konnte er nur Flüssiges zu sich nehmen. Er erhungerte allmälig. Tod am 4. Juni 1883. | 2½ Jahr |

## Ia. Tabelle der Patienten, welche nach wiederholten Operationen an Recidiv gestorben sind.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Pr. Gottlieb Stellenbes. Seitendorf | 61 | 22. 5. 1876 | | 5,5 cm langes, 1,5 cm breites, furchenförmiges, in der Mitte tief ausgehöhltes Geschwür mit stark gewulsteten Rändern in der Mitte der Unterlippe. Lymphdrüsen frei. | 22. 5. 1876 | Exstirpation. Plastik. | | |
| | | | 30. 6. 1877 | | Recidiv. | 30. 6. 1877 | Exstirpation. | | |
| | | | 9. 10. 1877 | | Abermals Recidiv, jetzt auf dem Kiefer fest aufsitzend. | 9. 10. 1877 | Exstirpation. Resectio part. mand. | | |
| | | | 25. 4. 1878 | stellt sich Pat. mit einem Recidiv | vor, in der Narbe und in den Drüsen am Unterkiefer. Wegen allgemeiner Schwäche und hectischem Fieber wird Patient noch nicht sofort operirt, sondern vorläufig entlassen. | | | Patient magerte unter heftigen Schmerzen, Zunahme des stets secernirenden Geschwürs und Appetitmangel gänzlich ab. Vier Wochen vor dem Tode traten zweimal heftige Blutungen aus Mund und Hals ein. Tod am 25. IX. 1878. | ? |
| 2 | Köh. Gottlieb Landwirth Teichau | 63 | 6. 7. 1876 | Seit mehreren Jahren schon bestehend. Beginn mit einer kleinen Blatter auf d. Unterlippe, die sich seit ¼ J. schnell vergrössert hat. Raucher. | 4 cm langes, 2 cm breites Geschwür am l. Mundwinkel mit harten, gewulsteten Rändern, papillärem Grunde. Kleine submaxillare Lymphdrüse. | 6. 7. 1876 | Exstirpatio et Op. plastica. | | |
| | | | 14. 6. 1877 | | Pat. stellt sich mit einer angeblich seit 14 Tagen bestehenden | 14. 6. 1877 | Exstirpation. | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | fest verwachsen ist. | | | | |
| | | | 14. 9. 1877 | | Abermals kartoffelgrosses Recidiv am Unterkiefer. | 14. 9. 1877 | Exstirpation. | Schon nach 1/4 Jahre wieder Recidiv. Die Geschwulst am Unterkiefer verursacht lebhafte Schmerzen und beginnt zu exulceriren. Tod April 1878. | ca. 4 Jahr |
| 3 | Math. Michael Ziegelstr. Antonienhütte | 46 | 1. 2. 1877 | Vor 2 Jahren entstand an der Lippe ein Geschwür, welches vor 1 Jahr exstirpirt wurde. Die Lippe wurde plastisch ersetzt. Vor zwei Monaten entstanden zu beiden Seiten des Kinnes unter dem Unterkiefer schnell wachsende Geschwülste. | Die künstliche Lippe ist sehr oedemetös. Entsprechend der Gl. sublingualis ein apfelgrosser, fest fixirter, in der Mitte von einem kraterförmigen Geschwür durchbohrter Tumor. Die Lymphdrüsen hinter demselben indurirt, fest mit der Umgebung verwachsen. | 1. 2. 1877 | Exstirpatio tumoris | Tod am 4. Juni 1877. Näheres nicht zu eruiren. | 2 1/2 Jahr |
| 4 | Bot. Karl Arbeiter Hermsdorf b. Goldberg | 56 | 22. 6. 1877 | Nichtraucher. Vor 1 Jahr ein Geschwür an der Lippe, das anfangs gebeizt, dann innerhalb 9 Wochen zwei Mal operirt wurde. | Kleine, weiche Narbe der Unterlippe. Am l. Unterkieferwinkel zwei wallnussgrosse, harte Tumoren. Auch r. eine kleine Drüse. | 22. 6. | Exstirpation der carcinomatös degenerirten Drüsen. | Drei Monate nach der Rückkehr aus der Anstalt bildete sich unter dem Kinn ein rothes, festes Knötchen, welches nochmals operirt wurde (auswärts). Zugleich trat wieder eine Geschwulst am Unterkiefer auf, welche unter starker Abmagerung und sehr heftigen, namentlich den Kopf einnehmenden Schmerzen wuchs. Der Appetit blieb gut. Nach 8 tägigem Krankenlager starb ohne Symptome einer accidentellen Erkrankung der Patient am 25. December 1878. | 2 1/2 Jahr |
| 5 | Ledw. Franz Hausbesitzer Oppeln | 47 | 5. 10. 1877 | Pat., ein Pfeifenraucher, leidet seit 5 Jahren an Ulceration der Unterlippe. | Auf der r. Seite der Unterlippe ein bis in die Mitte reichendes hartes, den Lippensaum kaum überragendes Geschwür. | 5. 7. | Excisio cuneiformis. | | |
| | | | 6. 1880 | Zu Michaelis 1879 merkte er in der l. Submaxillargegend zwei Lymphdrüsen, welche zu Weihnachten Hühnereigrösse angenommen hatten und immer weiter wuchsen. Vor zwei Monaten ulcerirte der Tumor nach der Mundhöhle zu. | Jetzt ist die ganze linke Wange kindkopfgross geschwollen, prall anzufühlen. Auf der äusseren Fläche sind zwei, Incisionen entsprechende Geschwüre. Die Geschwulst erstreckt sich vom l. Ohr bis nahe der Medianlinie. Seit einem Monat Mundsperre. Irradiirende Schmerzen nach der l. Schulter, der l. Gesichtshälfte. R. am Mundwinkel die alte Narbe hart; in der r. Submaxillargegend zwei geschwellte Lymphdrüsen. | | Remittirt. | Unter steter Abmagerung, Schlafsucht nahmen die Kräfte immer mehr ab. Der Tod erfolgte am 23. März 1881. | 9 Jahr |

| Nummer | Name, Stand, Wohnort | Alter | Zeit der Aufnahme | Aetiologische und anamnestische Daten | Sitz, Ausdehnung und Art der Neubildung | Zeit der Operation | Art derselben | Verlauf | Dauer des Leidens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | Mochm. Carl Hausbesitzer Schildberg | 64 | 7. 11. 1877 | Seit Jahren leidet Pat. an aufgesprungenen Lippen. Seit zwei Jahren entstand nach einer Erkältung (?) ein Geschwür. Raucher. | Ein die ganze Unterlippe einnehmendes, 6 cm langes, an beiden Enden von zwei erhabenen Knötchen begrenztes, mitten flach exulcerirtes, tief auf die Schleimhaut übergreifendes Geschwür. | 7. 11. 1877 | Excision. Plastische Deckung d. Verziehung der Lippenstümpfe. | | |
| | | | 11. 2. 1878 | Bald nach der Operation hatten die Nathstellen zu eitern begonnen. | Auf der Schleimhautseite findet sich ein bis ans Zahnfleisch reichendes Geschwür und Schwellung der Unterkinndrüse, | 11. 2. 1878 | Excision. Plastischer Ersatz. | | |
| | | | 29. 1. 1879 | | Pflaumengrosse, aus infiltrirten Drüsen bestehende Geschwulst am l. Unterkiefer. | 29. 1. 1878 | Excision. | | |
| | | | 12. 2. 1879 | | Oberhalb der Narbe von der letzten Operation bereits eine diffuse, harte, geröthete, fest mit dem Kiefer verwachsene Geschwulst. | | | Tod am 5. Mai 1879. Nähere Angaben fehlen. | 4 Jahr |
| 7 | Ledw. Johann Halbbauer Halbendorf | 46 | 23. 3. 1878 | Nichtraucher. Bestand seit 4 Monaten. | Auf der l. Hälfte der Unterlippe ein 20-Pfennigstückgrosses, mit Borken bedecktes Geschwür ohne bedeutende Induration. | 24. 3. 1878 | Excisio cuneiform. | | |
| | | | 16. 11. 1880 | April 1880 bemerkte Pat. den Beginn einer Geschwulst am l. Unterkieferwinkel. | Am l. Unterkieferrande, nach unten sich ausbreitend, eine pflaumengrosse Geschwulst, die sich hinter dem Kiefer verliert; elastisch hart anzufühlen, von normaler Haut bedeckt, nicht schmerzhaft. Lancinirende Schmerzen im Nacken. Bei der Exstirpation erweist sich die Geschwulst als eine cystös degenerirte carcinomatöse Drüse. | 16. 11. | Exstirpation. | | |
| | | | 15. 2. 1881 | Seit vier Wochen Drüsenschwellung. | Auf dem l. Unterkiefer eine fluctuirende, haselnussgrosse Geschwulst und kleinere bewegliche Drüsen. | 16. 2. | Exstirpation. | Bald nach der Operation erkrankte Pat. an Husten. Die Narbe brach an einer Stelle wieder auf. Zu gleicher Zeit entstand neue Schwellung in der Umgebung. Trotzdem guter Appetit, keine Abmagerung. Unter den Symptomen galoppirender Schwindsucht | $3^1/_2$ Jahr |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Inneger Dtsch.-Wette | | 1878 | Jahren begann das Leiden mit einer kleinen Geschwulst, entstanden aus einer Warze. Vor 6 Wochen auswärts schon einmal operirt. | Mundhöhle zu durch eine tiefe Fissur gespaltener Tumor, auf der Vorderfläche exulcerirt. Submaxillar-Drüsen leicht vergrössert. | 1878 | carc. labii inferior. et glandul. | Kinn wieder und griff von da aus auf den l. Nasenflügel und das l. Auge über. Drüsen am Halse waren nicht zu bemerken. Starke Abmagerung, Appetitlosigkeit. Viel Schmerzen. In den letzten Tagen vor dem Tode traten oft Krämpfe ein, so dass Pat. mit Händen und Füssen um sich schlug. Die Anfälle dauerten oft stundenlang. Tod am 21. Juni 1879. | Jahr |
| 9 | Kut. Julius Arbeiter Breslau | 40 | 13. 12. 1878 | | Rechtsseitiges recidivirendes Lippencarcinom. | 13. 12. 1878 | Exstirpation. | | |
| | | | 14. 11. 1879 | Seit Mai 1879 besteht, während die Narbe an der Lippe weich und frei von Knötchen ist, eine Geschwulst am Unterkiefer. | An der r. Seite des Halses am Unterkieferwinkel bis zum Kinn ein harter, gerötheter Tumor, der mit dem Kiefer fest verwachsen ist. An 2 Stellen exulcerirt. | | | Tod am 2. Mai 1880. Section: Carc. recid. exulceratum faciei. Nekrosis et fractura mandibulae. Induratio nigra apicis pulmon. dextr. Vomica parva ibidem. Peribronchitis chron. fibrosa et caseosa dissem. pulmonum. Deg. caseosa glandul. meseraic. Oedema pulmonum. Nephritis interstitialis levis et degeneratio parenchymat., Atrophia hepatis et lienis. Ascites. Glandulae carcinomatosae cysticae. | ? |
| 10 | Wit. Karl Häusler Berthelsdorf | 60 | 6. 1. 1879 | Frühjahr 1876 von Dr. Fl. in Hirschberg operirt an einem Lippencarcinom; jetzt nur noch eine vom r. Mundwinkel 2 cm lang herabziehende Narbe. Die Geschwulst hatte 4 Jahre vor der Operation bestanden. Nichtraucher. Seit Frühling 1878 befindet sich eine von der hintern Partie der Narbe aus sich am Unterkiefer verbreitende Geschwulst, welche nur Schmerzen machte, ehe sie exulcerirte. | Auf der Aussenseite des r. Unterkiefers vom Mundwinkel auswärts liegt eine flache Geschwulst, an deren vorderem Ende eine Fistel mündet. Der 3. Backzahn ist gelockert und es lässt sich das Zahnfleisch leicht abheben. Der Tumor hängt fest mit dem Periost zusammen. | 6. 1. | Exstirpatio et resectio part. mandibulae dextrae | Das Gewächs wuchs bald nach der Operation wieder rasch, die Nahrungsaufnahme wurde immer schwerer. Der Körper magerte mehr und mehr ab. Der Tumor war von vornherein exulcerirt. Tod am 8. September 1880. | 8 Jahr |

| Nummer | Name, Stand, Wohnort | Alter | Zeit der Aufnahme | Aetiologische und anamnestische Daten | Sitz, Ausdehnung und Art der Neubildung | Zeit der Operation | Art derselben | Verlauf | Dauer des Leidens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 11 | Kla. Anton Arbeiter Kunzendorf | 55 | 4. 6. 1879 | Im Januar 1879 wurde Pat. durch ein Schlackenstück an der Unterlippe verletzt. Aus der Wunde entstand eine wuchernde, auch auf die Oberlippe übergreifende Geschwulst. Raucher. | Jetzt ist die ganze Unterlippe des Pat. in einen Geschwürswall verwandelt, der auch auf die Oberlippe übergreift. Der untere Abschnitt ist 9,5 cm lang, der obere 6,5 cm, 7 cm breit. Das Geschwür knollig, blumenkohlartig, geht in die l. Backentasche hinein. Drüsen l. geschwellt. | 4. 6. 1879 | Umfangreiche Exstirpation und plastische Deckung. Exstirpation der Drüsen. | | |
| | | | 8. 11. 1879 | | 3-Markstück grosses Recidiv an der Unterlippe mit Induration der Umgebung. 2 krebsige Geschwüre in der l. Backe. | | | Gestorben im Krankenhaus zu Beuthen O./S. Datum nicht angegeben. | ? |
| 12 | Ha. Hermann Droschker Froebel | 41 | 20. 1. 1880 | April 1879 an einem zwei Monate bestehenden Lippenkrebs operirt. Bald nach der Operation entstand ein Tumor rechts vom Kinn in der Gegend des Mentallochs. | Taubeneigrosser, in 20-Pfenniggrösse exulcerirter, fest mit dem Kiefer verwachsener Tumor, der gerade am foramen mentale sitzt und sich in den Kanal hinein fortsetzt. | 20. 1. 1880 | Exstirpatio tumoris. Aufmeisselung des Kanals. | | |
| | | | 25. 5. 1880 | Bald nach der letzten Operation trat Kieferklemme ein. | Jetzt kann man nur den Zeigefinger in den Zahnspalt legen. Die Narbe am Unterkiefer ist eingezogen. Rings um dieselbe findet sich eine flache, harte, sehr schmerzhafte Infiltration. Seit 4 Wochen Facialisparalyse, Anaesthesie im Bereich des II. und III. Astes des Trigeminus mit starken neuralgischen Schmerzen in diesem Gebiet. | | Remittirt. | Ist kurze Zeit darauf nochmals in Berlin operirt worden. Krebsige Geschwulst am r. Unterkiefer und der r. Halsseite. Die Geschwulst hatte bis zum Ohre hin und tief in die Weichtheile des Halses hinein furchtbare Zerstörungen angerichtet. Nach wiederholten starken Blutungen aus den zerstörten Halsgefässen trat der Tod in Folge Marasmus ein. | |
| 13 | Stab. Josef Halbbauer Lache | 47 | 6. 12. 1880 | Seit 4 Jahren eine Borke an der Unterlippe. Blind. Nichtraucher. | Markstückgrosses, hartes Geschwür, Drüsenschwellung. | 6. 12. 1880 | Exstirpation des Tumors u. der Drüsen. | | |
| | | | 17. 6. 1881 | Schon im Febr. beobachtete Patient die Entstehung einer Geschwulst in der alten Narbe an der Lippe. Viel Schmerzen, Jucken, wenig Schlaf. | Entlang der Narbe mehrere harte Knötchen, die auf dem Kiefer fest aufsitzen. Ein kleiner Knoten ist an der Oberlippe. | | Remittirt. | Die Geschwulst griff immer weiter um sich und zerstörte Kinn und Unterkiefer bis ans l. Ohr. Sechs Wochen vor dem Tode intermittirende, alle 3 Tage wiederkehrende Blutungen. Tod durch Verblutung am 2. April 1882. | 6 Jahr |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Auszügler Brinnitz | | 1881 | aber rechts. Seit 5 Monaten besteht ein Geschwür, das als weiss-rother Fleck begann. | hartes Geschwür, nicht aufgeworfene aber harte Ränder, lässt auf Druck Epithelzapfen hervortreten. Keine Drüsen. | 1881 | Exstirpation. | Pat. ist im Mai und Juni 1882 nachoperirt worden. Die krebsige Geschwulst war auch auf Oberlippe und Wange übergegangen, und hatte zu submaxillaren Drüsenschwellungen geführt. Die Nahrungs-Aufnahme wurde immer schwerer, so dass Pat. zuletzt gar nichts mehr zu sich nehmen konnte. Tod am 23. April 1883. | 2¼ Jahr |
| 15 | Mod. Johann Häusler Rosen | 28 | 11. 7. 1881 | Raucher. Als kleine Geschwulst in der Mitte der Lippe entstanden. Zum ersten Mal Februar 1881 operirt bei Bethanien. Im April bereits Recidiv. | Neben einer über die Mitte des Kinnes ziehenden Narbe ein durch ein Stück normalen Schleimhautsaumes in zwei Theile getrenntes Geschwür mit aufgeworfenen Rändern, auf die Schleimhautseite übergreifend, hart, schmerzlos. Drüsen an beiden Unterkiefern zu fühlen. | 11. 7. 1881 | Exstirpation der Tumors. Plastische Deckung durch Verziehung des Kinnes. Exstirpation der Drüsen. | Das Leiden verschlimmerte sich bald nach der Operation rasch. Drüsenanschwellungen sollen sich nicht gezeigt haben. Oberlippe, Backe, der ganze Unterkiefer war vom Tumor zerstört. Vollständige Abmagerung, Appetit immer gut. Schmerzen nur zeitweise. Tod am 14. März 1883. | 2 Jahr |
| 16 | R. Karl Arbeiter Hirschberg | 68 | 6. 5. 1882 | Vor ¼ Jahr in Hirschberg an Lippenkrebs operirt, seit 10 Wochen schon Recidiv. | Die Unterlippe in einen Tumor verwandelt, der eben auf den Mundboden übergreift und den Knochen ergriffen hat. | 6. 5. | Durchsägung des Unterkiefers am l. Praemol. u. r. Molaris. Der Canalis alveolaris ist noch mit Krebsmassen gefüllt. Daher totale Resection des r. Unterkiefers | Bald nach der Operation klagte Pat. wieder über Schmerzen. In der Umgebung der alten Narbe treten Tumorbildungen auf. Tod am 4. Juli 1883. | 1¼ Jahr |

## II. An der Operation gestorben.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Dr. Gottlob Particulier Brieg | 64 | 25. 1. 1875 | ? | Carcinoma oris. | 25. 1. 1875 | Exstirpation. | Januar 1875 gestorben. Todesursache nicht zu eruiren. |
| 2 | R. Ludwig Pens. Steuerbeamter Poln.-Lissa | 75 | 14. 6. 1875 | ? | Auf die Wange übergreifendes Carcinom der Unterlippe. | 14. 6. 1875 | Exstirpation mit plast. Ersatz. | Gestorben 18. Juni 1875. Todesursache nicht zu eruiren. |

| Nummer | Name, Stand, Wohnort | Alter | Zeit der Aufnahme | Aetiologische und anamnestische Daten | Sitz, Ausdehnung und Art der Neubildung | Zeit der Operation | Art derselben | Verlauf | Dauer des Leidens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Schl. Gottfr. Inwohner Gr.-Krischen | 73 | 21. 7. 1876 | Beginn im Nov. 1875 mit einer Blase am r. Mundwinkel, die aufsprang und geschwürig wurde; zugleich Bildung eines Knötchens. Seit 6 Jahren hat Patient nicht mehr geraucht, früher die Pfeife rechts getragen. | Um den r. Mundwinkel herum ein ausgebreiteter Tumor mit blaurother Haut bedeckt. 6 cm hoch, 4,5 cm breit. Haut verdünnt. Tumor fest am Unterkiefer aufsitzend. Mässige Kieferklemme. | 21. 7. 1876 | Exstirpatio, resectio maxillae sup. | Tod am 26. Juli 1876. Section: Residuen der Oberkieferresektion. Oedema et emphysema pulmonum. Degeneratio fusca et adiposa cordis. Atrophia lienis, Atherosis arcus aortae. Ulcus parvum ventriculi. | |
| 4 | Cr. August Zolleinehmer Tschammerhof. | 69 | 5. 3. 1878 | Patient ist Pfeifenraucher. Vor 3 Jahren angeblich in Folge eines Stosses mit der Pfeifenspitze Entwickelung einer Verhärtung in der Mitte der Unterlippe. Etwas mehr als die ganze l. Hälfte der Unterlippe ist in ein Geschwür verwandelt, bis 4 cm unter das Niveau des Lippensaumes ragend. Ränder scharf, hart, Grund roth, unregelmässig. Erste Exstirpation am 10. April 1877. 1. Recidiv am 21. Aug. 1877. | Jetzt 2. Recidiv mit doppelseitiger Lymphdrüsenschwellung. | 7. 3 1878 | Resectio max. inf. | Tod am 12. März 1878. Section: Operirtes Recidiv eines Lippencarcinoms, doppelseitige genuine Pneumonie. | |

## III. Ohne Recidiv lebend.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Schl. Benedict Fleischer Habelschwerdt. | 65 | 13. 4. 1875 | ? | Flacher Epithelkrebs der Unterlippe. | 13. 4. 1875 | Excisio cuneiform. | Ganz gesund, keinerlei Beschwerden. | 9 Jahr |
| 2 | Ans. Eleonora Weberfrau Polsnitz | 60 | 1. 10. 1875 | ? | Epithelkrebs der Unterlippe. | 1. 9. 1875 | Excisio cuneiform. | Das r. Auge soll etwas thränen. Sonst gesund, bei vorzüglichem Appetit. | 8½ Jahr |
| 3 | Kinz. Anton Bergmann Waldenburg | 35 | 22. 2. 1876 | Vor 1 Jahr liess sich Pat. einen Tumor in der Oberlippe entfernen. | In der Narbe keine Induration zu fühlen. | 22. 2. 1876 | Excision. | Ganz gesund. | 8 Jahr |
| 4 | Först. August Freistellenbesitzer Gr.-Gohlau | 50 | 28. 6. 1876 | Seit 1 Jahr Verhärtung am l. Mundwinkel. Starker Pfeifenraucher, Pfeife links haltend | 2,5 cm langes, 1,5 cm breites Geschwür an der l. Lippenhälfte. Epithelkrebs. Schwellung einer submaxillaren Drüse. | 28. 6. 1876 | Excisio cuneiform. | Ganz gesund. | 7¾ Jahr |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Schneider Breslau | | 1876 | steht ein kleines Geschwür, das schon längere Zeit mit Carbol und adstringirender Salbe behandelt worden ist. | der l. Hälfte der Unterlippe. | 1876 | Abtragung. | Ganz gesund. | 7½ Jahr |
| 6 | Geb. Eduard Arbeiter Breslau | 56 | 3. 11. 1876 | Raucher. Trug 6 Jahre lang ein warzenförmiges Horn an der Unterlippe, das allmälig wuchs. | Zur Zeit ein flaches Ulcus im mittleren Theil der Unterlippe, 2 cm breit. Keine Drüsenschwellung. | 3. 11. 1876 | Excisio. cuneiform. | | |
| | | | 2. 5. 1877 | Patient stellt sich mit einem Narbenrecidiv vor. 6 Wochen nach der ersten Operation trat Schmerz in der Narbe auf, verbunden mit Schwellung zu beiden Seiten derselben. Allmälig bildete sich ein Tumor. Patient raucht, aber nur Cigarren. | Der ganze Narbenboden infiltrirt; l. von der Narbe ein etwa haselnussgrosser Knoten, der an der Spitze schon exulcerirt ist. Ein zweiter Knoten oben, ausgedehnt exulcerirt und darunter noch ein unter der Haut verborgener Knoten. Geschwulst 3,2 cm breit, 2,8 cm lang, 1,8 cm dick. | 2. 5. 1877 | Excisio Plastik. | Pat. stellt sich Mai 1884 vollkommen gesund vor. Der plastische, zur Bildung der Unterlippe verwandte Lappen ist so stark geschrumpft, und am Kiefer fixirt, dass die Zähne sammt dem Zahnfleisch bloss liegen. Keine Spur eines Recidivs, weder local, noch regionär, noch in den Drüsen. Ein starker Bart verdeckt den Defect, so dass Pat. eine nochmalige Operation verweigert. | 7 Jahr |
| 7 | Nim. Philipp Hofeknecht Leschnig | 40 | 20. 11. 1876 | Seit 1 Jahr eine schmerzhafte Schwellung am l. Mundwinkel. | 3 cm breites Geschwür am linken Mundwinkel. Infiltrirter Drüsenkrebs. | 20. 11. 1876 | Exstirpation. | Säufer. Klagt über Gliederreissen, sonst vollkommen gesund. | 7½ Jahr |
| 8 | Wosch. Karl Arbeiter Sprottau | 69 | 2. 2. 1877 | Bis vor 4 Jahren starker Pfeifenraucher. Vor 2 Jahren entstand an der l. Seite der Unterlippe eine kl. Warze, welche trotz medicamentöser Behandlung stetig an Umfang zunahm. | Die ganze Unterlippe von einem 1 cm bis an den l. Mundwinkel reichenden breiten Geschwür eingenommen. 6,5 cm breit, 3,5 cm hoch, bis unter die Mitte der Unterlippe reichend. Rand wallartig, zum Theil warzig, Grund ebenso, mehrfach Epithelstreifen zeigend. Lymphdrüsen frei. | 2. 2. 1877 | Exstirpation. Operatio plastica. | Vollkommen gesund. | 7 Jahr |
| 9 | Schr. Karl Häusler Aslau | 52 | 5. 4. 1877 | ? | Carcinom der Unterlippe. | 5. 4. 1877 | Exstirpation mit plastisch. Ersatz. | Ist jetzt noch vollkommen gesund. | 6¾ Jahr |
| 10 | Herm. Christ. Schuhmacher Sibyllenort | 69 | 5. 6. 1877 | Nichtraucher. | An der l. Seite der Unterlippe eine kleine, flache, sehr harte Geschwulst mit warziger Oberfläche. Carc. verrucosum. | 5. 6. 1877 | Excision. | Jetzt noch gesund. | 6¾ Jahr |
| 11 | Willert. Marie Wächterfrau Kl. Schottkau | ? | 25. 7. 1877 | Seit 2 Monaten ohne angebbare Ursache entstanden | Auf der l. Hälfte der Unterlippe findet sich ein 2 cm langes, 1,5 cm breites Geschwür, welches sich wesentlich auf die Schleimhaut erstreckt. Grund zerklüftet, papillär leicht blutend; Lymphdrüsen frei. | 25. 7. 1877 | Exstirpation. | Noch gesund. | 6½ Jahr |

| Nummer | Name, Stand, Wohnort | Alter | Zeit der Aufnahme | Aetiologische und anamnestische Daten | Sitz, Ausdehnung und Art der Neubildung | Zeit der Operation | Art derselben | Verlauf | Dauer des Leidens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | Sch. Gottlieb Stellenbes. Lorenzdorf | 65 | 14. 11. 1877 | Nichtraucher. An der Schleimhaut | der r. Hälfte der Unterlippe ein flaches Geschwür von 2 cm Länge und 1,2 cm Breite. Circumscripte Induration. Kleine haselnussgrosse submaxill. Drüse. | 14. 11. 1877 | Exstirpatio tumoris et glandul. | Vollständig gesund. | 6¼ Jahr |
| 13 | Schum. Joh. Steinarbeiter Hohenposeritz | 55 | 8. 1. 1878 | | Carcinom der Unterlippe. | 8. 1. 1878 | Exstirpatio cuneiformis. | Vollkommen gesund. | 6¼ Jahr |
| 14 | Bar. Ernst Häusler Spillendorf | 54 | 12. 2. 1878 | Seit 2 Jahren bestehende Rhagaden an der l. Lippenhälfte. Raucht Cigarren. | Von der Mitte nach r. ein flaches mit Krusten bedecktes Geschwür von 1 cm Breite, nach l. in Ausdehnung von 2 cm. papill. Grund. | 12. 2. 1878 | Exstirpatio cuneifosmis. | Vollkommen gesund. | 6 Jahr |
| 15 | Leuchtenbg. Gustav Maurer Breslau | 57 | 2. 5. 1878 | Raucher. Trägt aber weder die Pfeife noch die Cigarre an der afficirten Stelle. Herbst 1877 bemerkte Pat. starke Epidermisbildung am r. Mundwinkel an der Unterlippe, wo dann später ein Geschwür entstand. | Jetzt 5 Pfennigstück grosses Geschwür im Bereich des Lippenrothes, 1 cm vom r. Mundwinkel entfernt. Plattenförmig auf hartem Boden aufsitzend; Geschwürsgrund roth, granulirend. Drüsen nicht afficirt. Behandl. mit Umschlägen von Kali carbonicum. | | | | |
| | | | 17. 3. 1879 | | Das Geschwür ist bis auf 2 cm Länge, 2 cm Breite gewachsen, hat aufgeworfene Ränder, greift weit auf die Schleimhaut über. | 17. 3. 1879 | Excisio cuneiformis. | Pat. stellt sich vollkommen gesund vor. Narbe glatt, ohne jede Härte, Drüsen frei. Körperlich sonst ganz gesund. | 5 Jahr |
| 16 | Schr. August Arbeiter Sprottau | 74 | 13. 5. 1878 | Bis vor fünf Jahren rauchte Pat. Pfeife. Seit der Zeit hat er beständig über Rhagaden- und Krustenbildung zu klagen gehabt. Die Lippe wurde deshalb häufig geätzt. Seit vorigem Winter entstand die Geschwulst. | Etwa in der Mitte der Unterlippe eine 10-Pfennigstück grosse Geschwulst knopfförmig, exulcerirt, hart, auf die Schleimhaut übergreifend mit hartem, aufgeworfenem Rande. Misst von oben nach unten 3 cm, von r. nach l. 2 cm. Lymphdrüsen frei. | 13. 5. 1878 | Excisio cuneiformis. | Nach der Operation soll eine Eiterung des l. Auges eingetreten sein, welche einen operativen Eingriff nöthig machte. Dennoch ist das Sehvermögen links erloschen. Das Auge schmerzt noch. Sonst ganz gesund. | 5¾ Jahr |
| 17 | We. Franz Bahnarbeit. Neuhof | 42 | 20. 5. 1878 | Pat. raucht sowohl Pfeife als Cigarre. Vor 3 Jahren begann die Affection. | Die l. Hälfte der Unterlippe bis auf 1 cm Entfernung vom Mundwinkel mit hornartigen Excrescenzen besetzt, welche durch Rhagaden unterbrochen werden. Die Geschwüre greifen auch auf die Schleimhaut über. Boden leicht hart. Umgebung wenig indurirt. | 20. 5. 1878 | Flache Abtragung mit der Scheere. Umsäumung. | Jetzt noch vollständig gesund. | 5¾ Jahr |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Schiller Ottmuth | | 1878 | Anfang des Leidens vor 1 Jahr mit Abschilferung und Bildung weisser Plättchen. Seit Februar a. c. bedeutendes Wachsthum. | mit hartem Rand und Grund. R. submaxill. Drüse intumescirt. | 1878 | mis et exstirp. glandul. | | Jahr |
| 19 | M. Gottfried Tagearbeiter Giessmannsdorf. | 52 | 22. 10. 1878 | Vor 2 Monaten entstand auf der l. Seite der Unterlippe ein kleines Geschwür, erbsengross. Raucher, trägt die Pfeife links. | Das Geschwür auf der l. Hälfte der Unterlippe ist 2½ cm lang, 1 cm breit, höckerig; oberflächlich sitzend, nicht schmerzend. | 20. 10. 1878 | Excisio cuneiformis. | Noch gesund. Sehr gut genährt. | 5½ Jahr |
| 20 | Pesch. Wilh. Tagelöhner Laskowitz | 60 | 12. 11. 1878 | Patient ist Pfeifenraucher. Ueber 1 Jahr schon besteht das Leiden. | Der Tumor nimmt fast die ganze Unterlippe ein, reicht bis zum l. Mundwinkel. Papillär, stark prominirend bis ins Niveau der Nasenspitze. Ulcerirt, buchtig. Beide submaxill. Drüsen leicht geschwellt. | 12. 11. 1878 | Exstirpation. Stomatoplastik. Exstirp. glandul. | Noch vollkommen gesund. | 5¼ Jahr |
| 21 | Gaid. Johann Häusler Przywor | 63 | 7. 1. 1880 | Nichtraucher. Bestand über 1 Jahr. | Beginnt 2 cm nach l. von der Mittellinie. 2 cm langes Geschwür am l. Mundwinkel; fast ebenso breit. Im Winkel greift das Geschwür auf die Wangenschleimhaut über. Drüsen frei. | 7. 1. 1880 | Exstirpation. | Noch gesund. | 4 Jahr |
| 22 | Schill. Anna Arbeiterin Ober-Hirschwaldau | 65 | 19. 4. 1880 | Beginn der Krankheit vor 4 Jahren. Wurde vor 3 Jahren schon einmal exstirpirt. Seit Herbst 1879 stellte sich die Geschwulst wieder ein. | Haselnussgrosser Tumor in der Mitte der Unterlippe, mehrfach zerklüftet, mit Borken bedeckt, von der Mitte bis zum l. Mundwinkel sich ausbreitend. | 19. 4. 1880 | Exstirpation. | Noch gesund. | 4 Jahr |
| 23 | Kasp. Josef Tagarbeiter Tscheschdorf b. Ottmachau | 48 | 6. 7. 1880 | Früher Pfeife geraucht. Das Leiden besteht seit 4 Jahren. Pat. hat an der Stelle, wo das Geschwür entstand, eine Verletzung erlitten u. auch an derselben Stelle die Pfeife stets gehalten. | 3 cm langes, 1,5 cm breites Geschwür mit verdickten, harten Rändern. Nach unten von dem Tumor aus verläuft eine Narbe von einer früheren Verletzung. Lippen stark verfärbt, flaches Cancroid. Keine Drüsen. | 6. 7. 1880 | Excisio cuneiformis. | Pat. klagt nur über leichte Spannung der Lippe beim Essen. | 3¾ Jahr |
| 24 | Kars. Christ. Gärtner Schwanowitz | 66 | 20. 8. 1880 | Vor 5 Jahren begann das Geschwür als kleines Bläschen an der r. Hälfte der Unterlippe. Nichtraucher. | Geschwür an der rechten Hälfte der Unterlippe mit elevirten, sehr harten Rändern in der Grösse eines Zehnpfennigstückes. 2 cm weit nach unten reichend. Eine Induration reicht noch bis über die Mitte nach links hin. | 20. 8. 1880 | Exstirpation. | Pat. ist vollkommen gesund. | 3½ Jahr |

XV

| Nummer | Name, Stand, Wohnort | Alter | Zeit der Aufnahme | Aetiologische und anamnestische Daten | Sitz, Ausdehnung und Art der Neubildung | Zeit der Operation | Art derselben | Verlauf | Dauer des Leidens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 25 | Kü. Caroline Häuslerfrau Pohlsdorf | 48 | 20. 9. 1880 | Schon seit 6 Jahren am l. Mundwinkel eine oberflächl. Erosion mit einem Schorf bedeckt; ohne Schmerzen an Umfang zugenommen. Seit Ostern rasch gewachsen. | Markstückgrosses, gleichmässig auf Haut und Schleimhaut übergreifendes Geschwür, mit wallartigen Rändern, warzigem Grunde. Drüsen nicht fühlbar geschwellt. | 20. 9. 1880 | Exstirpation. | Noch gesund. | 3½ Jahr |
| 26 | Bild. Heinrich Kürschner Gr.-Strehlitz | 29 | 19. 9. 1880 | Vor 2 Monaten entstanden aus einem Biss in die Oberlippe. | Eine erbsengrosse, auf der Oberfläche exulcerirte, dicht bis an die Schleimhaut sich erstreckende harte Geschwulst. | 19. 9. 1880 | Exstirpation. | Gesund. | 3½ Jahr |
| 27 | Knob. Karl Böttcher Royn. | 82 | 12. 11. 1880 | ? | Carc. labii inferior. | 12. 11. 1880 | Excision. | Trotz seines hohen Alters noch so kräftig, dass er seine Ackerwirthschaft versorgen kann. | 3¼ Jahr |
| 28 | Los. Michael Bauer Steinau | 70 | 13. 12. 1880 | Vor 8 Jahren schon einmal an der Lippe operirt. Seit 9 Monaten eine neue langsam wachsende Geschwulst. Nichtraucher. | Auf der r. Seite der Unterlippe über die Mittellinie hinausgehend, 3½ cm lang, nur auf den Lippensaum beschränkt, findet sich ein flaches, hartrandiges, exulcerirtes Gewächs, welches seit Frühjahr d. J. allmälig gewachsen und ganz denselben Charakter hat, wie das vor 8 Jahren exstirpirte Geschwür. | 13. 12. 1880 | Excision. | Jetzt noch vollkommen gesund. | 3¼ Jahr |
| 29 | Schil. Franz Auszügler Eichau | 79 | 13. 9. 1881 | Bestand seit 1½ Jahren. | In der Mitte der Oberlippe auf die Schleimhaut übergreifend, ein mit Borken bedecktes Geschwür, das seit einiger Zeit bedeutend, aber schmerzlos gewachsen ist. Jetzt 10-Pfennigstück gross, zur Hälfte auf die Schleimhaut übergreifend, mit papillärem Grunde und harten, wallartigen Rändern. | 13. 9. 1881 | Excision. | Sonst gesund; nur an Altersschwäche leidend. | 2½ Jahr |
| 30 | Schum. Aug. Tagearbeiter Thiergarten | 74 | 1. 1882 | Vor 6 Wochen entstand nach einem Schlage mit einer Ruthe ein Geschwür an der Unterlippe, das viel Schmerzen verursachte. Nichtraucher. | Das in der Mitte der Unterlippe sitzende Geschwür liegt zum Theil auf der Schleimhaut, zum Theil auf der Haut ganz median. Neben dem eigentlichen carcinomatösen Geschwür noch ein linsengrosses, seichtes, oberflächliches. | 13. 1. 1882 | Excisio cuneiformis. | Vollständig gesund. | 2 Jahr |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Arbeiter Neundorf | | 1882 | stens links. Seit 1 Jahr besteht ein mit einem Schorf bedecktes Geschwür, das nach Aetzungen bis Weihnachten sehr schnell wuchs, ohne wesentl. Schmerzen. | ein mit einem Schorf bedecktes 7 cm langes Geschwür, sowohl Haut wie Schleimhaut ergreifend. Wallartige Ränder. Keine Drüsen. | 1882 | formis. | | Jahr |
| 32 | Schl. Karl Landmann Bowalno | 42 | 5. 4. 1882 | Ohne angebbare Ursache entstand vor 5 Monaten ein Ausschlag an den Lippen, der bis auf eine kleine geschwürige Stelle heilte. Hier bildete sich eine allmälig, schmerzlos wachsende Geschwulst. | Rechts neben der Mitte der Unterlippe ein knopfförmig vorspringender, taubeneigrosser Tumor, dessen Basis gleichmässig auf Haut und Schleimhaut übergreift. Tumor nicht sehr hart, auf Druck schmerzhaft, papillär. Keine Drüsen. | 5. 4. 1882 | Excision. | Gesund. | 2 Jahr |
| 33 | Kos. Friedrich Kornbrenner Neu-Tannhausen. | 54 | 17. 4. 1882 | Seit 5 Monaten an der r. Unterlippe ein Tumor, der unter brennenden Schmerzen nicht sehr schnell gewachsen ist; er ist mehrere Mal incidirt worden. Raucht mässig. | In der Mitte ein haselnussgrosser, stellenweise exulcerirter, mit narbigen Zügen bedeckter Tumor, weich, auf Haut und Schleimhaut übergreifend. Keine Drüsen. | 17. 4. 1882 | Excision. | Gesund. | $1^3/_4$ Jahr |
| 34 | Grab. Henr. Fleischerwittwe Grabow. | 74 | 13. 6. 1882 | 1 Jahr schon besteht ein kleiner, viel Schmerzen verursachender, schnell wachsender Tumor an der Lippe. | In der Mitte der Unterlippe ein breiter, harter, wulstiger Tumor. Keine Drüsen. Epithelialcarcinom. | 13. 6. 1882 | Excision. | Gesund. | $1^3/_4$ Jahr |



## IIIa. Tabelle der Patienten, welche mit Recidiv leben.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Jm. Wilhelm Grünzeughändler Armenruh | 44 | 12. 1. 1882 | Seit 8 Monaten bestehend. Nichtraucher; angeblich durch eine Verletzung entstanden. | Fast die ganze rechte Hälfte der Unterlippe einnehmendes, nicht schmerzhaftes Geschwür. Rechts eine kleine harte Unterkieferdrüse. | 13. 1. 1882 | Exst. tumoris et glandulae inframax. | Einige Zeit lang hatte Pat. keine Beschwerden. Im Frühjahr 1883 entstand in der Nähe der alten Narbe eine grosse Schmerzen verursachende Anschwellung am Unterkiefer. Sie ist seit einiger Zeit exulcerirt bis zu 2″ Grösse. Abmagerung ist trotz der vielen Schmerzen nicht erfolgt, da der Appetit gut ist. |
| 2 | Freit. Wilhlm. Freistellenbesitzer Schebitz. | 56 | 15. 5. 1882 | Seit einem Jahre bestehend. Nichtraucher. Ursache nicht angebbar. In der letzten Zeit viel Schmerzen. | An der r. Unterlippenhälfte ein 1 cm langer, rissiger Tumor der Lippenbasis, auf die tiefen Theile der Lippe nicht reichend, trotz ziemlich bedeutender Schwellung der Lippe. Halslymphdrüsen geschwellt. | 26. 5. 1882 | Excisio cuneiformis. (Die Drüsen wurden nicht exstirpirt.) | Jetzt an der Unterlippe eine glatte Narbe. Dicht neben derselben ein 5-Pfenniggrosses Geschwür mit Borken bedeckt, welches seit $^1/_4$ Jahr entstanden ist. Keine Drüsen fühlbar. |

## IIIa.

| Nummer | Name, Stand, Wohnort | Alter | Zeit der Aufnahme | Aetiologische und anamnestische Daten | Sitz, Ausdehnung und Art der Neubildung | Zeit der Operation | Art derselben | Verlauf | Dauer des Leidens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Paetz. Robert Stellenbestz. Schönbrunn | 60 | 30. 8. 1882 | Vor ½ Jahre stellte sich bei dem früher ganz gesunden Pat. eine Schwellung in der Mitte des Kinnes ein auf der Aussenseite am Kiefer. Seit 14 Tagen ist dieselbe durchgebrochen. Es bildete sich ein Fistelgang, der bis auf den Knochen führte. | In der Mitte des Kinnes in einer verdickten retrahirten Umgebung eine bis auf den Knochen führende Fistel, deren Maul ein mit stark geröthetem Grunde versehenes Geschwür bildet. Das Geschwür wird excidirt, der Knochen bis auf die innere Lamelle abgemeisselt. Die mikroskopische Untersuchung ergiebt ein echtes Carcinom. Ungemein derbes, stark entwickeltes Bindegewebe trennt spärliche, kolbige, mit kleinen Zellen besetzte Epithelzapfen. | 30. 8. 1882 | Excision. Abmeisselung d. Knochens. | Wollte wegen Wiederausbruch des Uebels die Klinik aufsuchen. | |
| 4 | Schimp. Ant. Stellenbes. Schmelzdorf | 60 | 27. 11. 1882 | Pat. hatte schon vor ungefähr 20 Jahren eine kleine Blatter am r. Mundwinkel. Dieselbe ging hin und wieder auf und blutete besonders z. Winterszeit ziemlich stark. Pat. liess sich bereits vier Mal wegen dieses Geschwürs operiren. Das erste Mal 1869, das zweite Mal 1870; dann blieb 10 Jahre Alles geheilt. Vor 2 Jahren fand sich wiederum ein Geschwür mit starker Schwellung der Umgebung und zunehmenden Schmerzen. Im Frühjahr 1880 und 1881 liess er sich abermals operiren. 1882 fand sich am r. Mundwinkel eine schmerzhafte Schwellung; gleichzeit. Drüsenanschwellung am r. Unterkiefer. | In einer zolllangen Narbe am r. Mundwinkel eine bis auf den Knochen reichende, mit ihm verwachsene, wallnussgrosse, nicht ulcerirte Geschwulst. Am r. Unterkieferwinkel desgl. eine festsitzende, auf Druck schmerzhafte Drüsengeschwulst. | 27. 11. 1882 | Exstirpation d. Tumors mit Abmeisselung des Unterkiefers. Exstirpation d. submax. Lymphdrüsen, Plastik. | Im Juli 1883 liess Pat. abermals eine Operation im Wiener Allgem. Krankenhause vornehmen; bald verschlimmerte sich das Uebel und Pat. unterzog sich November 1883 einer Operation in Berlin, die ebenfalls ohne Erfolg war. Die Geschwulst wächst immer weiter, sodass der Pat. zu erhungern droht. | |

## IV. Tabelle der intercurrent gestorbenen Patienten.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Kei. Karl Arbeiter Nisgawe. | 59 | 2. 6. 1875 | | Carcinom der Unterlippe. | 2. 6. 1875 | Exstirpation. | Starb am 18. Februar 1876 an Abzehrung, ohne dass Symptome eines Recidivs zu beobachten waren. |
| 2 | Schw. Gottlb. Maurer Breslau | 70 | 16. 7. 1875 | Raucher, die Pfeife stets l. haltend. | 2 cm langes Geschwür vom l. Mundwinkel nach der Mitte der Unterlippe zu. | 16. 7. 1875 | Exstirpation. | Gestorben 5. 1. 1878. Todesursache nicht zu eruiren; unter den Zählkarten des statistischen Amts nicht aufzufinden. |
| 3 | Hill. Karl Waldwärter Neu-Wüstegiersdorf. | 75 | 27. 6. 1877 | Früher rauchte Pat., in der letzten Zeit aber nicht. | An der Unterlippe ein grosses Geschwür. Drüsen nicht geschwollen. | 27. 6. 1877 | Exstirp. und Plastik. | Gestorben. Wann und woran nicht zu eruiren. |
| 4 | Kl. Gottlieb Auszügler Pol.-Neudorf | 70 | 11. 11. 1877 | Seit Frühjahr als kl. Blatter entstanden, schnell grösser werdend. | Am l. Mundwinkel ein 1 cm langes und 1 cm breites Geschwür. | 11. 11. 1877 | Exstirpation. | Keinerlei Beschwerden von dem alten Leiden. Ist am 18. April 1879 an einer Lungenentzündung gestorben. |
| 5 | Srowik, Joh. Bauer Laskowitz | 55 | 13. 1. 1879 | Pat. hat bis August 1878 Cigarren geraucht. Vor etwas länger als 1 Jahr begann die Affection mit Rhagaden, die bald zu Krustenbildung führten. | Die Mitte der Unterlippe ist von einem 3 cm breiten, mit einer dicken Borke bedeckten Geschwür eingenommen; das Geschwür elevirt, 20-Pfennigstückgross, hat einen warzigen Grund. Reg. Lymphdrüsen frei. | 13. 1. 1879 | Excision. | Im Juni 1882 stellte sich bei dem bis dahin gesunden Patienten unter sehr lebhaften Schmerzen eine Schwellung der Narbe und ihrer nächsten Umgebung ein. Die Mundöffnung wurde durch die Geschwulst immer mehr verschlossen, so dass Pat. fast gar keine Nahrung mehr zu sich nehmen konnte. Hat sich am 23. 10. 1882 entleibt. |
| 6 | Tat. Karl Arbeiter Gr. Bargen | 54 | 12. 2. 1879 | Nichtraucher. Vor zwei Jahren sprang dem Pat. ein Holzsplitter gegen das Kinn. Ein Jahr später beobachtete Pat. an der Stelle der Verletzung eine Geschwulst und eine Rhagade der Unterlippe, aus welcher ein fressendes Geschwür entstand, das 1878 Ostern in Bethanien operirt wurde. | Das ganze Kinn ist von einer Geschwulst eingenommen, die 1 cm unterhalb des Lippenrandes beginnt und ein etwa 2-Markstückgrosses, sinuöses Geschwür trägt, in dessen Grunde der von Granulation bedeckte Knochen liegt. Ringsum eine diffus auf den Knochen übergreifende Geschwulst, rechts einen wallnussgrossen, links von der Mittellinie einen ebensogrossen Tumor bildend. Die Geschwulst ist sehr hart. | 18. 2. 1879 | Exstirpation. Resectio maxillae inf. part. Plastik. | Ohne dass sich die Geschwulst wieder gezeigt oder verbreitet hatte, Schmerzen eingetreten wären oder Drüsenanschwellung, ist am 29. April 1880 der Tod eingetreten. Ursache nicht zu eruiren. |

| Nummer | Name, Stand, Wohnort | Alter | Zeit der Aufnahme | Aetiologische und anamnestische Daten | Sitz, Ausdehnung und Art der Neubildung | Zeit der Operation | Art derselben | Verlauf | Dauer des Leidens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 7 | Hoh. Franz Kassenbeamter Neisse | 66 | 28. 9. 1879 | ? | Carc. labii sup. dextr. | 28. 9. 1879 | Exstirpation. | Es wird vom behandelnden Arzte bescheinigt, dass von Recidiv nichts zu bemerken war, weder in der Narbe, noch in den Drüsen, dass auch sonst keinerlei Beschwerden von der Operation zurückgeblieben sind. Pat. starb am 18. März 1882 an einer hochgradigen Tabes dorsalis. | |
| 8 | Bau. August Bahnwärter Liegnitz | 61 | 18. 7. 1881 | Seit 3 Jahren ein kleiner Schorf am l. Mundwinkel, wo Pat. stets die Pfeife zu halten pflegte. Das Geschwür unter dem Schorf wuchs schnell. | Wallnussgrosser, prominirender Tumor, der tief exulcerirt weit auf die Schleimhaut übergreift. Keine Drüsenschwellung. | 18. 7. 1881 | Exstirpation. | Beim Pat. hat sich nie etwas von dem alten Leiden wieder gezeigt. Er starb an einer pyämischen Gelenkentzündung am 28. August 1883. | |

## V. Tabelle der Patienten, über deren Befinden keine Nachricht zu erlangen war.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Bog. Johann Dienstknecht Podksdemiga | 40 | 19. 1. 1875 | | Carcinoma epithel. lab. inf. Am 2. 11. 1875 kehrte Pat. mit einem Recidiv zurück, das abermals operirt wurde. Aber schon 15. December 1875 musste schon wieder wegen eines Recidivs eine umfangreiche Operation vorgenommen werden. Resectio mand. Plastik. | 19. 1. 1875 | Excision. | | |
| 2 | Reinert. Christ Auszügler Gr. Nädlitz | 75 | 29. 1. 1876 | Vor ungefähr 6 Wochen sprang die Lippe auf. | Thalergrosse Geschwürsfläche am r. Mundwinkel. | 29. 1. 1876 | Exstirpation. | | |
| 3 | Fin. Karl Arbeiter Neumarkt | 66 | 12. 7. 1876 | Seit 3 Jahren sprang in jedem Sommer die Lippe auf. Seit Anfang d. J. nahm die Rhagade, die immer an derselben Stelle entstand, an Umfang zu. | Hartes, in der Mitte der Unterlippe sitzendes Geschwür. | 12. 7. 1876 | Excisio cuneiformis. | | |
| | | | 13. 5. 1878 | Im Februar 1878 begann eine Schwellung am linken Unterkiefer, welche sich ohne wesentliche Schmerzen | Während die Lippennarbe vollkommen glatt und weich ist, liegt hinter dem l. Unterkiefer ein hühnereigrosser Tumor, der fast | | | | |

| | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | hart ist; nur auf seiner höchsten Höhe ist er erweicht. Auch an der Vorderfläche des r. Unterkiefers kleinere, flache Knoten, wie Exostosen sich anfühlend, welche den Unterkiefer eigenthümlich verdicken. Bei Incision der weichen Stellen entleert sich ein trübes Serum mit krümlichen atherombreiähnlichen Massen untermischt. Tumores mandib. utriusque. Carcin. enostale. Remittirt. | | |
| 4 | Praz. Franz Wirth Klussek bei Sieradz. | 45 | 5. 12. 1876 | Frühjahr 1875 begann das Leiden mit einer Blatter an der Lippe. Sie wuchs allmälig, verbreitete sich und wurde geschwürig. Nichtraucher. | Die Hälfte der Ober- und die ganze Unterlippe ist in ein elevirtes Geschwür verwandelt, das am r. Mundwinkel am breitesten ist, so dass die rechte Mundhälfte um 1 cm breiter ist als die linke. Die Geschwulst ist fest auf dem Unterkiefer fixirt, erstreckt sich auf die ganze r. Wange bis 2 cm vor den Kieferwinkel und auf's Kinn über die Mitte hinaus. Haut livide verfärbt, von Fisteln durchsetzt. Die submaxill. Drüsen sind in der diffusen Geschw. aufgegangen | 5. 12. 1876 | Exstirpation. |
| 5 | Krz. Marie Gärtnerfrau Gogolin | 58 | 5. 9. 1877 | Seit einem Jahre nach einem Fall gegen einen Stein entstanden. | 6,5 cm langes, 1,5 cm breites die ganze Unterlippe fast einnehmendes Geschwür. | 5. 9. 1877 | Exstirpation. |
| 6 | Sch. Robert Gastwirth Rzetitz | 49 | 8. 1. 1878 | Patient raucht, hält die Cigarre links. Seit 1/4 Jahr eine harte Warze. | In der Mitte der linken Hälfte der Unterlippe eine erbsengrosse Geschwulst, mit einem tiefen, trocknen Geschwür. In der Submaxillargegend sind die Lymphdrüsen bis Haselnussgrösse geschwellt. | 8. 1. 1878 | Exstirp. tumoris et glandul. submaxill. |
| 7 | Schr. August Taglöhner Altwasser | 64 | 26. 3. 1878 | Nichtraucher. Beginn vor ungefähr einem Jahr mit einer Blatter etwa in der Mitte der r. Hälfte der Unterlippe. Im Herbst v. J. auswärts excidirt. 10 Woch. darauf nochmalige Excision wegen Recidiv. | Am rechten Mundwinkel ein 1 cm breites und ebenso langes Geschwür mit scharfen Rändern. Grund hart. Die submaxillaren Drüsen sind beiderseits geschwellt. Die eine rechte ist nierenförmig, haselnussgross, multipel cystisch erweicht. Die l. ähnlich degenerirt. | 26. 3. 1878 | Exstirp. tumoris et glandul. lat. utriusque. |
| | | | 31. 8. 1878 | Nicht gar lange nach der Operation bildete sich eine Geschwulst am l. Kieferwinkel, seit 14 Tagen eine am rechten. | Während die Lippennarbe ganz frei ist, liegen an dem Kiefer-Winkel links wallnuss- rechts haselnussgrosse, weich elastisch anzufühlende Geschwülste. | 31. 8. 1878 | Exstirpation. |

| Nummer | Name, Stand, Wohnort | Alter | Zeit der Aufnahme | Aetiologische und anamnestische Daten | Sitz, Ausdehnung und Art der Neubildung | Zeit der Operation | Art derselben | Verlauf | Dauer des Leidens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 8 | Nest. Förster Malapane | 77 | 18. 11. 1880 | Seit einem Jahre ein langsam wachsendes flaches Geschwür. Pat. raucht Tabak und ist gewöhnt, die Pfeife links zu halten. | 2,5 cm langes, 1 cm breites, auf den Lippensaum sich beschränkendes, flaches hartes Geschwür an der l. Hälfte der Unterlippe. Submaxill.-Drüsen leicht geschwellt. | 18. 11. 1880 | Exstirp. tumoris et glandul. lymph. submaxillarium. Später noch plastische Deckung eines Defects. | Nirgends zu ermitteln. | |
| 9 | Dar. Anton ? Tost. | 52 | 28. 8. 1881 | Beginn vor 3 Jahren mit einer kleinen Warze an der Unterlippe. Raucher, hält die Pfeife aber rechts. November 1880 schon in Pilchowitz operirt. | Im Bereich des Kinnes und der l. Hälfte der Unterlippe ein mit breiter Basis aufsitzender, pilzförmig hervorragender, ganz zerfallener Tumor, der übelriechendes Secret absondernd, sich auf die Mundschleimhaut erstreckt. Unterkieferdrüsen wallnusgross geschwellt. | 28. 8. 1881 | Exstirpation. | Auf wiederholte Anfragen keine Antwort. | |
| 10 | Woll. Johann Freigärtner Quossek | 51 | 26. 1. 1882 | Pat. wurde Juni 1881 in Pilchowitz an einem angeblich schon 9 Jahre bestehenden Geschwür der Unterlippe operirt. Schon damals sollen knollige Tumoren am Kieferwinkel bestanden haben. Seit November sind dieselben exulcerirt. | Auf der Aussen- und Innenseite des l. Unterkiefers befinden sich Tumoren. In der Lippennarbe auf der l. Hälfte der Unterlippe ein kleines Recidiv. Der Unterkiefer-Tumor reicht bis auf die Scheide der grossen Gefässe. Er greift auf Parotis und Masseter über, lässt sich am Unterkiefer aber noch abdrängen, allerdings mit Unterbindung der art. lingualis. Haut muss wegen Verwachsung des Tumors umfangreich weggegenommen werden. | 26. 1. 1882 | Exstirpatio gland. lymph. | Pat. stellt sich mit einem Recidiv im Unterkiefer vor im April 1882. Dann nichts mehr erfahren. | |
| 11 | Jazk. Therese Waschfrau Breslau | 49 | 9. 5. 1882 | Seit vier Wochen hat sich bei der Patientin auf der l. Hälfte der Unterlippe ein warzenartiger, leicht blutender, nicht schmerzhafter Tumor gebildet. | Jetzt ein erbsengrosser, warziger, papillärer Tumor auf der Schleimhautseite der l. Hälfte der Unterlippe. | 9. 5. 1882 | Exstirpation. | | |

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 12 | Sczczy .Joh. Fischermstr. Russ. Polen. | 35 | 6. 5. 1882 | Seit 2 Jahren schon besteht bei dem Pat. eine kleine, mit einem Schorf bedeckte Geschwulst, die seit 3 Mon. sehr rasch und unter heftigen Schmerzen gewachsen ist. | Die ganze r. Hälfte der Unterlippe von einem wallartigen, grossknolligen, exulcerirten Tumor eingenommen, der bis zum Kinn reicht, auch auf die Schleimhaut übergreift. Gelbliche Massen lassen sich aus dem Tumor ausdrücken. Unterkieferdrüsen rechts leicht geschwellt. | 6. 5. 1882 | Exstirpation. | Verlauf nicht bekannt. |
| 13 | Had. Victoria ? Woitschin | 60 | 14. 7. 1882 | Bei der alten kachectischen Person ist ein kl. Tumor an der Unterlippe entstanden. | Die ganze Unterlippe ist bis auf 1 cm in ein grosses, wallartiges Geschwür verwandelt. Weicher, markiger Epithelkrebs. Linke Kieferdrüsen geschwellt. | 14. 7. 1882 | Exstirpation. | |
| 14 | Rad. Karl Bäcker Breslau | 50 | 1882 | Seit 2 Jahren ein linsengrosses Geschwür an der Unterlippe. Kein Raucher. | Ein mit einem Schorf bedecktes, mit weichem Grunde versehenes Geschwür in der r. Hälfte der Unterlippe. Rechte Kieferdrüsen stark geschwellt. | ? | Exstirpatio tumoris et glandular. | ? |
| 15 | Goldl. Lische Handelsm. Dzaloschin | 68 | 1882 | Vor 1½ Jahren eine kleine Warze an der Unterlippe, schnell wachsend. Der Tumor sitzt an der Stelle, wo Patient beim Rauchen die Cigarre zu halten pflegt. Pat. raucht stark. | Jetzt haselnussgrosser Tumor an der r. Seite der Unterlippe. | ? | Exstirpation. | Nicht zu erfahren. |

## VI. Tabelle der inoperablen Patienten.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Karb. Joh. | 38 | 25. 11. 1880 | Beginn des Leidens vor 6 J. mit einer Blatter an der Lippe. Seit 1 Mon. bemerkt Pat. eine Schwellung am Unterkiefer. | An der r. Hälfte der Unterlippe unter dem Lippensaume eine knopfförmige, 1,5 cm im Durchmesser haltende Geschwulst. Die ganze rechte Submaxillargegend eine bis in den Grund der Zunge reichende harte, diffuse, von Fisteln durchsetzte Geschwulst. | | Inoperabel. | Pat. ist am 17. Februar 1881 angeblich an galoppirender Schwindsucht gestorben. Ausser starker Abmagerung war nichts besonderes, die Geschwulst betreffend, zu bemerken. |
| 2 | Kr. Georg Arbeiter Lubin | 47 | 1. 3. 1881 | | Recid. Lippenkrebs mit Metastasen in den Unterkieferdrüsen, welche schon den Zungengrund ergriffen und den l. Unterkiefer ganz eingenommen hatten. | | Inoperabel. | 3 Monate nach der Rückkehr starb Pat. Das Carcinom breitete sich nach dem Pharynx und Larynx so aus, dass Pat. nur noch flüssige Nahrung geniessen konnte. Heftige Schmerzen im Unterkiefer raubten ihm die Nachtruhe. Auch die Drüsen des Halses schwollen an, eine von ihnen vereiterte. Die Schmerzen strahlten vom Unterkiefer nach Schläfe und Ohr aus. |

# Tabellarische Uebersicht

der Fälle

von

# Carcinom der äussern Genitalien.

A. des Penis

B. der Vulva.

## A.

# I. An Recidiv gestorben.

| Nummer | Name, Stand, Wohnort | Alter | Zeit der Aufnahme | Aetiologische und anamnestische Daten | Sitz, Ausdehnung und Art der Neubildung | Zeit der Operation | Art derselben | Verlauf | Dauer des Leidens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Now. David Häusler Beckern Kr. Ohlau | 62 | 14. 9. 1875 | Schon Juli 1875 stellt sich Pat., bis dahin auf Lues behandelt, mit einem angeblich seit acht Wochen bestehenden Geschwür vor. Die ganze obere Partie der Eichel ist ein hartes jauchendes Geschwür. Drüsen noch nicht geschwollen. Allgemeinbefinden leidlich. Als Pat. im September 1875 wiederkommt, hat sich das Geschwür am Penis wesentlich vergrössert. Es nimmt die ganze Eichel ein, bewirkt Phimose, ist wesentlich härter. In den linken Leistendrüsen faustgrosser Tumor. Es wird die Amput. glandis und Exstirp. glandul. gemacht. Nachdem Patient am 6. November geheilt entlassen, stellt er sich | am 22. Februar 1878 mit Recidiv vor. In sehr elendem Zustande sucht Patient die Klinik auf. Die Exstirpationswunden aufgebrochen, in eine faustgrosse Höhle verwandelt. Erliegt der Kachexie. | 23. 2. 1876 | Keine Operation mehr vorgenommen. | Tod am 6. März. Sectionsprotokoll: Carc. penis im Anfangstheil der Harnröhre. Grosse Wundfläche an der l., eine kleinere an der r. Leistengegend, Trübung der Niere und Leber, hypostat. Pneumonie r., Hypertrophie der Prostata, Dilatation der Blase. | |
| 2 | Mat. Johann Stellenbes. Bitschin. | 52 | 30. 1. 1878 | Vor einem Jahre begann die Affection mit einer nach Abscheuern beim Gehen entstandenen Blutung. Seit der Zeit schnell gewachsen. | Lange, nicht zurückstreifbare Vorhaut. Die glans penis ganz im Tumor aufgegangen, zum Teil defect, besonders um das orificium urethrae; urethra mündet fast im sulcus coronarius. Die Innenfläche des Praeputiums exulcerirt. Die Geschwulstmasse erscheint grauweiss, brüchig und erstreckt sich in Form eines grossen, das corpus cavern. urethrae vollständig durchsetzenden Knotens 4 cm nach hinten. Am 20. Februar 1878 stellt sich Pat. schon wieder mit einem Re- | 30. 1. 1878 | Amp. penis. | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | | rückgezogen und von harten Hautwülsten überlagert. Die Resistenz lässt sich noch weiter in die Tiefe verfolgen. | | Erneute Amputation bis unter die Symphyse. Transplantatio urethrae in perinaeum. | Juli 1878 zeigte sich am ganzen Körper harte Geschwulst mit Blasen, welche aufgingen und einen ungeheuren Gestank verbreiteten. Dabei bestand Appetitmangel, Abmagerung. Tod im September 1878. | 1½ Jahr |
| 3 | Sieg., Gottlieb Arbeiter Kauffung. | 59 | 13. 11. 1878 | Beginn vor einem Jahre nach einem Hundebiss durch die Hose ins Glied. Wunde heilte nicht, sondern ging in ein wuchern-das Geschwür über, das schnell um sich griff. | Kachectisches Aussehen. Hochgradige Schwäche macht kaum das Stehen möglich. Der vordere Abschnitt des Penis wird eingenommen von einem total exulcerirten Tumor, 12 cm lang, 6 cm breit, 21 cm Umfang. In den Geschwürskrater mündet die Harnröhre und zwar an der r. Seite des Penis an der Grenze des vorderen und mittleren Abschnittes der Geschwulst, Leistendrüsen nicht fühlbar geschwellt. | 13. 11. 1878 | Amput. penis. | Nach der Entlassung hat Pat. fortwährend über Abnahme seiner Kräfte geklagt, so dass Patient nur leichte Arbeiten verrichten konnte. Juni 1881 fand sich wieder Geschwulst in der alten Narbe. Andere Körpergegenden blieben von Geschwulst frei. Appetitmangel und innerer Schmerz führten bald Abmagerung herbei, bis 16. Juli 1881 bei völliger Bewusstlosigkeit, nachdem die Excremente den Weg durch den Mund genommen hatten, der Tod eintrat. | 3¾ Jahr |
| 4 | Men., Eduard. Häusler Wengeln b/Lüben. | | 12. 10. 1880 | | Carcinom. penis recidiv. | 12. 10. 1880 | Amput. penis. | Patient ist am 31. Decbr. 1880 unter grossen Schmerzen gestorben. Das alte Leiden stellte sich wieder ein; namentlich beim Uriniren traten grosse Schmerzen auf, auch Urinverhaltung. Starke Abmagerung. | |
| 5 | Po. Schmied Landeshut | 70 | 27. 5. 1881 | Seit ¾ Jahren bestehend. Beginn als rother Fleck mit starkem Jucken und Verengerung der Vorhaut. | An der Unterfläche des Praeputii nach seiner Innenfläche zu ein wallartiges, festes, hartes Geschwür mit phimotischer Verengerung der Vorhaut. Leistendrüsen beiderseits geschwellt. Die l. wurde wegen zu grosser Tiefe belassen. | 27. 5. 1881 | Amput. penis. Exstirp. glandul. dextr. | Vom 13. Septbr. 1881 an war Patient wegen grosser innerer Schmerzen bettlägerig. Lokal kein Recidiv. Tod am 26. Januar 1882. | 1¼ Jahr |

| Nummer | Name, Stand, Wohnort | Alter | Zeit der Aufnahme | Aetiologische und anamnestische Daten | Sitz, Ausdehnung und Art der Neubildung | Zeit der Operation | Art derselben | Verlauf | Dauer des Leidens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 6 | Schub. Wilh. Schneider Landeshut | 32 | 16. 5. 1881 | | Thalergrosses Geschwür an der Innenfläche des Praeputium auf den sulcus coron. übergehend, sehr flach, nicht auffällig hart. Das Geschwür kam nach der Cauterisation nicht zur Heilung, sondern wucherte und griff mehr in die Tiefe. Deshalb<br>Trotzdem entwickelt sich an der r. Seite des Penis ein haselnussgrosser, harter Tumor, der auf der Basis nicht verschieblich ist. Gleichzeitig entsteht in der r. Inguinalgegend ein über taubeneigrosser, sehr schmerzhafter, verschieblicher Tumor, hart höckrig; auch an der l. Penisseite ein erbsengrosser Tumor. 6 Wochen nach der letzten Operation bemerkt Pat. am Penisstumpf einen harten ulcerirenden Tumor; zugleich treten Schmerzen in der Dammgegend beim Sitzen und Stehen auf. Keine Urinbeschwerden. Jetzt besteht ein grosser, sich gleichmässig hart dem corp. cavernos. entlang bis unter den Damm ziehender Tumor; derselbe reicht bis zur Prostata, dieselbe ist aber nicht geschwellt; der Tumor auf Druck schmerzhaft. Ausgesprochene Kachexie, Obstructionen, Mattigkeit. Beiderseits Drüsenschwellung der Leistenbeuge. | 16. 5. 1881<br>20. 6. 1881<br>24. 11. 1881 | Cauterisatio.<br>Amput. glandis galvanocaustica. Exstirp. glandul.<br>Die Urethra wird durch einen ovalen Schnitt aus dem Scrotum ausgelöst, dann durch eine Incision am Damm nach unten gezogen, nahe der Prostata abgelöst. Der Tumor liess sich leicht von der Prostata abdrängen und haftete nur an der Symphyse fest. Die Urethra war zu kurz, als dass sie sich ins Perinaeum einnähen liess. Die Hoden wurden ins Scrotum reponirt. Beiderseits die Lymphdrüsen exstirpirt. | Nach der Heilung grosse Schwäche. Schwellung der Beine, namentlich des rechten. Entwickelung neuer Geschwülste in der alten Narbe am Damm. Lebhafter Husten, Brustschmerzen, starker Auswurf, Abmagerung, Schwellung des Unterleibs. Tod am 26. Juli 1882. | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Häusler Maiwaldau b. Hirschbg. | | 1881 | einen erbsengrossen Knoten in der r. Hälfte des Scrotum, der allmälig wuchs. Bei der auswärts am 1. Juli vorgenommenen Operation wurde ein hühnereigrosser Tumor entfernt. Seit fünf Wochen stellte sich ein schnell wachsendes Recidiv ein. | mit der Haut verwachsener Tumor umgiebt ringsherum die Peniswurzel; auf dem Rücken des Penis reicht die Geschwulst ungefähr bis zur Hälfte der pars pendula; gegenüber dem Becken ist der Tumor noch verschieblich. Die Hoden sind frei, leicht vergrössert, aber von normaler Consistenz. Erection ist noch erträglich, hält aber nicht an. Der Urinstrahl erleidet keine Veränderung. Auf der rechten Seite geht am Penis entlang ein harter Fortsatz des Tumors ins Becken. | 1882 | gatura utriusque funiculi spermatici. Castratio totalis. Transplantatio urethrae in perinaeum. Exstirp. glandul. inguinal. | cidiv in der Narbe. Nach vielfachen profusen Blutungen im Februar 1882 todt. | Mon. |
| 8 | Lang. Gottlieb Holzhändler Haynau | 66 | 6. 3. 1882 | Seit 10 Wochen bemerkt Pat. auf der Eichel eine neben dem orificium urethr. sich ausbreitende, schmerzlos wachsende, nicht blutende Geschwulst. | Auf der Eichel sitzt eine wallnussgrosse, durch den Praeputialring sich vordrängende Geschwulst, die an der ganzen Oberfläche exulcerirt ist. Das orificium urethrae wird von einem Wall der Geschwulst verlegt, so dass der Urinstrahl getheilt und abgelenkt wird. Die Lymphstränge am Rücken des Penis resistenter anzufühlen. Leistendrüsen leicht geschwellt, aber nicht schmerzhaft. Keine Kachexie, leichter Appetitmangel. | 6. 3. 1882 | Operatio phimos. Galvanocauterium tumoris. | November 1882 stellt sich Patient wieder vor. Lokal eine glatte Narbe. In der r. Leistengegend ein elastisch harter, auf der Unterlage verschieblicher Tumor, der sich bis in das Schenkeldreieck zieht. Bei der Exstirpation lassen sich die obenliegenden Drüsen leicht entfernen; eine tiefere sitzt so fest auf der vena saphena, dass ein Stück derselben excidirt werden muss. In der Wundnarbe ein Recidiv, das ungemein leicht blutet und mit dem der Patient entlassen wird. Patient stirbt 22. Januar 1883 unter zunehmender allgemeiner Schwäche, Oedem des rechten Beines, keine Metastasen. | 1 Jahr |
| 9 | Ris. Franz Häusler Sengwitz bei Neisse. | 62 | 22. 11. 1882 | Beginn seit ½ Jahre mit Knötchenbildung an der linken äusseren Seite der glans penis unter dem Praeputium. Dasselbe wuchs unter Blutung und starken Schmerzen anfangs langsam, zuletzt schnell. | Nach Spaltung der Phimosis zeigt sich, dass auf der l. Seite des Penis ein vom sulcus coronarius aus gleichmässig auf glans und inneres Praeputialblatt übergreifendes Geschwür sich kraterförmig in den Peniskörper einsenkt. Derselbe geht 2 cm von vorn nach | 22. 11. 1882 | Galvanocaustische Abtragung. | Unter lebhaften Schmerzen stellte sich sowohl im Stumpf wie in den Drüsen ein schnell wucherndes Recidiv ein, dem der Patient unter Appetitmangel, Abmagerung im Mai 1883 erlag. Erschöpfung. | |

| Nummer | Name, Stand, Wohnort | Alter | Zeit der Aufnahme | Aetiologische und anamnestische Daten | Sitz, Ausdehnung und Art der Neubildung | Zeit der Operation | Art derselben | Verlauf | Dauer des Leidens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | | | | Es trat Phimose und eitriger Ausfluss ein. Beiderseits Brüche. | hinten, 3 cm von oben nach unten, hat wallartig aufgeworfene Ränder und einen gleichmässig harten, röthlichen Grund mit harter Infiltration desselben. Beim Durchschnitt erweist es sich bis auf das corpus cavernosum urethrae reichend, scharf sich abgrenzend. Die Urethra ist noch nicht perforirt. Drüsen in der Inguinalgegend nicht exstirpirt, da sie nur leicht geschwellt. Auch mikroskop. scharfe Abgrenzung des Carcinoms gegen das corpus cavernos. | | | Er soll zeitweise nach der Operation irre gesprochen haben und aufgeregt gewesen sein. Das Recidiv trat 4 Monate nach der Operation im Penisstumpf ein und hatte bei der Vorstellung bereits den bulbus umgriffen und ging demselben entlang ins Becken hinein. Drüsen waren stark gewachsen. | |

## II. An der Operation gestorben.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Mül. Rudolf. Tischler Oels i/Schl. | 37 | 25. 7. 1877 | Angeblich seit 1 Jahre mit einer geschwürigen Warze beginnend. Wiederholte mercurielle Kuren ohne Erfolg. | Carcinoma penis.<br>Drüsen der Inguinalgegend. | 26. 7. 1877 | Amputatio penis. Exstirp. glandul. utriusque lateris. Ligatura venae fem. | Ueberstand ein schweres Erysipel, unter dem aber Alles geheilt sein soll. Section: Anaemia universalis, Amput. penis. Erysipelas crur. dextr. sanat. Bronchopneumonia, Soor in oesophag. Nicht zerfallener Thrombus in der ven. femoralis. | |
| 2 | Eich. Wilhelm Tuchmachergeselle Goldberg | 75 | 15. 12. 1881 | Nie inficirt. Nach Ostern d. J. bemerkte Pat. unter der Vorhaut eine Geschwulst, die, unter Schmerzen wachsend, die Harnentleerung erschwerte. Eine auswärts vorgenommene Operation hielt die Geschwulst in ihrem Wachstum nicht auf. Aetiologisch kann Patient nichts angeben. | Der Penis zeigt sich bis zum Austritt aus dem Hodensack in einen Tumor verwandelt; eine tiefe Furche trennt den hauptsächlich links sitzenden Tumor von einem zollbreiten Rest normalen Gewebes rechts. Der Urin wird von vorn entleert. Allgemeinbefinden leidlich. Lebhafter Appetitmangel. Kein Zeichen abdomineller Metastasen. Leistendrüsenanschwellung beiderseits. | 19. 12. 1882 | Amput. penis. Ausschälung der Drüsen. Vernähung der Urethra mit der Haut. | Leptomeningitis chronica diffusa. Hydrops. ventriculorum. Das Nähere cfr. Text. | |

## III. Ohne Recidiv lebend.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | H. Hermann Handelsm. Striegau | 44 | 15. 1. 1880 | Beginn an der Vorhaut vor 4—5 Jahren mit allmälig, besonders aber im letzten Halbjahr zunehmender Wucherung. Der Penis bis an das Scrotum in einen hühnereigrossen Tumor verwandelt mit tuberöser Oberfläche. | Knollige Wucherung, den ganzen Penis bis an das Scrotum einnehmend, exulcerirt. Lymphdrüsen beiderseitig, besonders links, geschwellt, hart, schmerzhaft. | 15. 1. 1880 | Hohe Amputation des Penis mit Transplantation des Urethralstumpfes ins Perinaeum. Gleichzeitige Exstirpation grosser doppelseitig. Leistendrüsen. L. die vena saphena bereits obliterirt. | Heilung ohne Reaction, nur Oedem des l. Beines. Patient ist März noch vollkommen gesund; hin und wieder verspürt er leichtes Prickeln in den Narben. |
| 2 | Kn. Johann Häusler Schnellewalde | 52 | 12. 3. 1880 | | Blumenkohlartiges Gewächs an der Haut des Penis, vorn stark wuchernde grosse Knoten, exulcerirt, weich, markig, hinten einzelne kleinere Knoten; im Ganzen hühnereigross. Beiderseits die Inguinal-Drüsen stark vergrössert. | 5. 3. 1880 | Amputatio penis und Exstirpation der beiderseitigen Inguinaldrüsen. | Am 12. März entlassen; reactionslose Heilung. März 1884 noch ganz gesund. |
| 3 | H. August Arbeiter Poliwoda | 58 | 4. 3. 1881 | Beginn vor einem Jahr mit einer kleinen Blatter am Penis und zwar am Praeputium. | Eichel und Praeputium sind mit einander zu einem flachen Tumor verwachsen, der exulcerirt eine knotige Oberfläche zeigt. Das orificium urethrae ist nach rechts verschoben, doch entleert sich der Urin auch noch im Grunde des Geschwürs. | 4. 3. 1881 | Amputation. | März 1884 zwar vollkommen gesund, hat sich aber 1883 im April einer Operation eines Recidivs im Kloster zu Pilchowitz unterziehen müssen. |
| 4 | Schl. Julius Töpfer Lüben | 47 | 15. 1. 1881 | Beginn vor 10 Wochen mit einer Warze an der Vorhaut. | Das ganze Praeputium ist rüsselförmig, in einen flachen, harten Tumor verwandelt. Die Eichel noch frei. Das innere Blatt des Praeputiums muss bis an die glans hin fortgenommen werden. Infiltration der Leistendrüsen. | 15. 1. 1881 | Amputation des Praeputium. Exstirpation der geschwellten Drüsen. | Ist im Februar 1884 nochmals anderwärts operirt worden, giebt aber an, nun gesund zu sein. |
| 5 | Kr. Christian Tagearbeiter Prausnitz bei Goldberg. | 67 | 15. 1. 1882 | Vor ½ Jahr schlug sich Pat. bei der Arbeit so an den Penis, dass er blau und dick wurde. Später entstand an der Stelle ein Geschwür, das nun ungefähr 6 Wochen besteht. | Pat. hat an der l. Seite des Praeputium ein grosses auf die Eichel übergreifendes, das orificium urethrae umfassendes Geschwür. Die Innenwand der urethra ist frei. Der Tumor geht bis zur Mitte des Schaftes des Penis. Das Gewächs ist papillär blumenkohlartig. Die Leistendrüsen links sind geschwellt, schmerzhaft. Beiderseits Leistenbrüche. | 15. 1. 1882 | Galvanokaustische Abtragung des Penis. | Pat. hat keinerlei Beschwerden, nur hin und wieder Schmerzen in den Beinen und im Kreuz, welche Pat. auf die schwere Arbeit schiebt. März 1884 ganz gesund. |

## IV. Tabelle der Patienten, die an intercurr. Krankheiten gestorben sind.

| Nummer | Name, Stand, Wohnort | Alter | Zeit der Aufnahme | Aetiologische und anamnestische Daten | Sitz, Ausdehnung und Art der Neubildung | Zeit der Operation | Art derselben | Verlauf | Dauer des Leidens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Goeb. Johann Hausbesitzer Grottkau | 70 | 24. 6. 1876 | Seit Jahren schon klagt Pat. über Urinbeschwerden. Als er sich December 1875 zum ersten Mal untersuchen liess, zeigte sich ein geschwüriger Tumor. | Frauenhandgrosses Geschwür, vorwaltend die Eichel einnehmend. Keine Drüsenschwellung. | 25. 6. 1876 | Amput. penis galvanocaustica. | Soll am 16. April 1878 im Alter von 72 Jahren an Blutzersetzung gestorben sein. Weitere Angaben fehlen. | 2 Jahr 5 Mon. |
| 2 | Bellm. August Schuhmchr. Schmiegel | 45 | 19. 4. 1877 | Pat. giebt an, dass ihm ein Stück Kohle gegen das Glied geflogen ist und ihn verletzt hat. Vor $^3/_4$ Jahren entstand an der r. Lippe des orificium urethrae eine kleine, allmälig wachsende Geschwulst. | Entsprechend dem Harnröhrenspalt ein klaffendes, unter der Vorhaut nach oben verschwindendes Geschwür, 2 cm lang; Ränder aufgeworfen, roth, hart; beide Geschwürsflächen legen sich aneinander. | 4. 5. 1877 | Ecrasement mit dem Galvanocauter. Amput. glandis. | Ist Ende 1878 an chronischer Nephritis gestorben. Nach Angabe des behandelnden Arztes (Dr. Korach) sind von Seiten des früheren Leidens keine weiteren Erscheinungen aufgetreten. | |

## V. Tabelle der Patienten, über welche Nachrichten nicht zu bekommen waren.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Hir. Friedrich Oeconom Lüben | 48 | 31. 5. 1880 | Vor 4 Monaten begann das Leiden mit einem Geschwür an der Eichel, das trotz Aetzungen bis auf die Harnröhre immer weiter wuchs. | Bis auf die obere Fläche ist die glans penis in ein grosses Geschwür verwandelt, mit warzigem Grunde und sehr harten Rändern. Das Praeputium ist umgeschlagen und infiltrirt. Die Urethra mündet 5 cm hinter der Eichelspitze auf der Unterfläche des Penis im Geschwür. Leistendrüsen und Schenkeldrüsen beiderseits geschwellt. | | Operation verweigert | | |
| 2 | Plucz. Gutsbesitzer Wreschen | 50 | 26. 1. 1880 | | Die glans penis ist in einen warzigen, exulcerirten Tumor verwandelt, der bereits über den sulcus coronarius hinweg auf den Schaft des Penis übergreift. Die Urethralmündung ist in den Tumormassen nicht mehr zu finden. Inguinaldrüsen nicht geschwellt. | 26. 1. 1880 | Amput. penis mit Umsäumung der Urethralöffnung. | | |

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Mul. August Arbeiter Görbersdorf | 28 | 29. 4. 1878 | Congenitale Phimose, jedoch so, dass bis zum 8. Jahre die Vorhaut noch retrahirt werden konnte. Nach einem RitttratenHarnbeschwerden ein, welche sich zeitweise steigerten. Immer musste Patient nur durch eine feine Oeffnung im Praeputium uriniren; das orificium hatte sich so verengert, dass nicht einmal der Knopf einer Stecknadel durchgeführt werden konnte. Nachdem sich Patient 1879 verheirathet, wurde das orificium weiter. Vor 1 Jahre begann ein fressendes Geschwür an der Vorhaut. Seit 2 Monaten sind vielfache Urinfisteln entstanden am Scrotum und der Innenseite des Oberschenkels. | Verhältnissmässig wenig abgemagerter Mann, der nicht über Verminderung seines Appetites klagt. Der Penis fehlt vollständig. Es findet sich an seiner Stelle ein 5-Markstückgrosses elevirtes Geschwür mit granulirtem Grunde, mässig secernirend. Das Scrotum ist von zahlreichen, erbsengross sich öffnenden, leicht prominirenden Fistelöffnungen durchsetzt, besonders die Innenfläche des oberen Drittels des Oberschenkels. Die ganze Partie ist infiltrirt. Leistendrüsen beiderseits bis Pflaumengrösse geschwellt. | | Inoperabel. | 19. Juni 1879 gestorben. | 2 Jahr |

**B.**

## Ohne Recidiv lebend.

| | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Witt. Johanna Nätherin Paschwitz | 50 | 4. 11. 1881 | Seit ½ Jahre besteht ein geschwüriger Tumor, der mit Schmerzen unter Absonderung jauchigen Secrets allmälig gewachsen ist. | An dem r. grossen Labium ein mehrere Centimeter breites, zerklüftetes Geschwür. Der in die Tiefe reichende Tumor hat wallartige, knollige Ränder, die hart sind. Der Tumor ist auf dem Durchschnitt scharf abgegrenzt, bis auf den Panniculus adiposus reichend. 6 cm lang, 4 cm breit. Die Epithelzapfen reichen über die Cutis hinaus in's Bindegewebe. Drüsen nicht geschwellt. | 30. 4. 1881 | Exstirpation. | Angeblich zur Zeit der Erhebung in ärztlicher Behandlung in Breslau wegen eines Augenleidens. Anscheinend frei von Recidiv sowohl in der Narbe wie in den Drüsen. | |
| 2 | Sch. Mathilde Tischlersfrau Dtsch.-Lissa. | 27 | 4. 5. 1877 | ? | Grosses Geschwür in der vulva, namentlich rechts sich weit erstreckend. | | Inoperabel. | Pat. ist am 25. März 1878 gestorben. | |

## B.

## An Recidiv gestorben.

| Nummer | Name, Stand, Wohnort | Alter | Zeit der Aufnahme | Aetiologische und anamnestische Daten | Sitz, Ausdehnung und Art der Neubildung | Zeit der Operation | Art derselben | Verlauf | Dauer des Leidens |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Beraw. Rosina Arbtrwitwe. Merzdorf. | 52 | 10. 3. 1877 | Vor 5 Monaten bemerkte Patientin die Entstehung der Geschwulst. | Am Introitus vaginae findet sich ein 6 cm langer, 4 cm breiter, 3 cm hoher, aus mehreren Knoten bestehender Tumor, der exulcerirt ist. Er lässt sich gut abgrenzen. | 10. 3. | Exstirpation. Bei der Exstirpation wird das Rectum mit verletzt. Naht desselben. | Nachdem Pat. am 10. April 1877 geheilt entlassen worden ist, ist sie nach Angabe des Ortsvorstandes am 17. Juni 1877 gestorben an ihrem alten Leiden. Nähere Mittheilungen fehlen. | 8 Mon. |
| 2 | St. Maria Gärtnerfrau Ebersbach | 53 | 24. 4. 1876<br>21. 11. 1877 | Wurde wegen Carcinoma vulvae cauterisirt. Im Juli 1877 stellte sich unter stechenden Schmerzen Geschwürsbildung in der Schamspalte ein. Im Herbst vorher war die Menstruation zum letzten Male aufgetreten. | Beide grossen und kleinen Labien, die Umgebung der Clitoris und der Urethra indurirt und exulcerirt. Auch am Muttermund kleine Exulcerationen. Leistendrüsen stark geschwellt. | 21. 9. 1877 | Exstirpation des carcinomat. Geschwürs und der infiltrirten Drüsen in der Inguinalgegend. | 3 Monate nachher stellte sich das alte Leiden wieder ein. Die Pat. magerte stark ab, wurde sehr schwach und ging im December 1877 zu Grunde. | ca. 21 Mon. |
| 3 | Schw. Natalie Nätherin Breslau | 45 | 4. 10. 1879<br>20. 5. 1882 | Fünf Aborte durchgemacht. Seit 1 Jahr bemerkt Pat. die Entstehung eines Geschwürs an der l. Schamlippe. Allmälig stellte sich auch Schwellung der Inguinaldrüsen ein. Lues nicht nachweisbar.<br>Pat. liess sich abermals in's Hospital aufnehmen, nachdem sie seit 9 Monaten ein Recidiv in der Inguinalfalte hat. | Am linken lab. maj. ein flach aufsitzender, 3-Markstückgrosser, exulcerirter Tumor. Inguinaldrüsen leicht geschwellt. Deutliches Epithelialcarcinom.<br>Während die Narbe am l. labium majus ganz glatt, weich, ohne Knoten ist, findet sich in der l. Inguinalgegend ein faustgrosser, ganz exulcerirter, häufig blutender, fest, unverschieblich auf der Unterlage aufsitzender Tumor, der einer Operation nicht mehr zugängig ist. Pat. macht im Hospital ein, von dem Geschwür ausgehendes Erysipel durch, welches aber auf die Geschwulst ohne irgend einen Einfluss bleibt. | 5. 10. 1879 | Exstirpatio tumoris et glandularum inguinal. | Februar 1883 tritt der Tod ein. Bei der Section erweist sich die vena femoralis von dem Tumor arrodirt; Metastasen in Lunge, Leber, Milz, Nieren. | |

## Ohne Nachricht.

| | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Schu. Juliane Taglöhnerfr. Rawicz. | 47 | 4. 8. 1880 | | Die untern $^2/_3$ der Scheide krebsig degenerirt, nach hinten auf d. Mastdarm übergreifend; auch die kleinen und grossen Labien sind ergriffen. | | Inoper. remittirt. | |
| 2 | Wies. Rosina Dienstfrau Kl.-Bresa bei Lissa. | 36 | 23. 11. 1881 | Seit einem Jahre bestehend. | Am r. grossen Labium ein blumenkohlartiger, wallnussgrosser Tumor im obern Theil, neben welchem ein condylomartiges Geschwür besteht, gut von der Unterlage abgrenzbar. | 24. 11. 1881 | Exstirpatio. Sutura. | |
| 3 | Eil. Christiane Gastwirthfr. Bohrauerstr. | 68 | 25. 8. 1882 | Nicht hereditär belastet. Seit 1 Jahre anfangs haselnussgrosser Tumor an der r. Schamlippe; anfangs trocken, ist er später bei allmäligem Wachsthum secernirend geworden; seit $^1/_2$ Jahr Inguinaldrüsenschwellung, die seit 8 Wochen exulcerirt ist. | Bei der nicht kachectisch aussehenden Frau befindet sich am hintern Ende der r. Schamlippe nahe der Commissur ein knolliger, total exulcerirter, stinkendes Secret producirender Tumor, d. m. schmaler Basis aufsitzt. D. ganze Umgebung ist eczematös. Auf der Oberfläche treten gelbe, stellenweise den papillären Wucherungen aufsitzende Pfröpfe aus. Papilläres, auf bindegewebigem Stock sitzendes, 1 bis 3 cm br. Carcinom, dessen epitheliale Zapfen sich ziemlich scharf absetzen. Ein Tumor desselb. Charakters sitzt i. d. r. Inguinalgegend auf einer die Tiefe einnehmenden br. Infiltration auf. Auf der Haut, die i. d. Umgebung stark geröthet ist, sitzen einzelne kleine Knötchen. Von d. Schenkelgefässen lässt sich der Tumor nicht abheben. R. Bein oedematös. | 25. 8. 1882 | Galvanokaustische Abtragung der papill. Tumoren. | |
| 4 | Acht. Louise Gerberfrau. Hirschberg | 39 | 5. 8. 1881 | Früher ganz gesund. Nicht heriditär belastet. Seit $1^1/_2$ Jahren in Menopause. Kurz nach der letzten, sehr schweren Entbindung hat sich an der l. Schamlippe ein kleines Knötchen entwickelt, ungef. vor 8 Jahren. Seit kurzer Zeit hat das sich anfangs allmälig verbreitende Knötchen schnell an Umfang zugenommen u. ist exulcerirt. Jetzt schmerzt es zwar wenig, sondert aber ein sehr übelriechendes Secret ab. | Bei der etwas kachectisch aussehenden Patientin findet sich, von der hinteren Commissur bis in das obere Drittel beider grosser Lippen hinaufreichend, eine blumenkohlartige Neubildung, die ganz exulcerirt, schmutzig-grünlich verfärbt ist. 8—10 cm lang, 5—6 cm breit. Bei der Exstirpation zeigt sich, dass sie doch ein Stück in die Vagina hineinreicht. Rectum ist nicht mit afficirt. Grosses, lappiges Epithelialcarcinom mit starker Wucherung des Epithels und Hornkugeln. Inguinaldrüsen sehr wenig geschwellt. | 5. 10. 1881 | Galvanokaustische Abtragung. | Soll 1883 noch gelebt haben. Nähere Nachrichten sind trotz wiederholter Anfragen nicht zu erreichen. |

## Tabellarische Uebersicht über die Resultate der operativen Eingriffe bei Carcinoma penis.

| Nr. | Primäre Operation | Erfolg | Secundäre Operation | Erfolg |
|---|---|---|---|---|
| I. 1. | Amp. glandis et exstirp. gland. lymphaticarum | nach 4 Monaten inop. Recidiv im Stumpf u. den Drüsen. | | |
| I. 2. | Amp. penis | nach 4 Wochen locales Recidiv. | Amp. alta penis Transpl. urethr. perin. | ohne ausgespr. Recidiv Tod nach 7 Monat. |
| I. 3. | Amp. penis (keine Drüsenschwellung) | nach 2½ Jahren locales Recidiv, andere Körpergegenden blieben frei. | | |
| I. 4. | | | Amp. penis | Tod nach 4 Monaten an localem Recidiv. |
| I. 5. | Amp. penis (geschwellte Drüsen) Exstirp. glandul. dext. | nach 4 Monaten Tod an continuirl. Drüsenmetastase. | | |
| I. 6. | Cauterisatio. | nach 1 Monat Recidiv. | Amp. penis et exstirp. glandularum lymph. Amp. alta penis. Exstirp. glandularum. Transpl. urethrae. | nach 6 Wochen Recidiv local u. in den Drüsen. sehr bald neues Recidiv. |
| I. 7. | | | Amp. penis alta. Castratio. Exstirp. glandul. Transplant. urethrae. | sehr bald Recidiv local. |
| I. 8. | Galvanocaustische Amp. penis. ohne Exstirp. d. leicht geschwellten Drüsen. | nach 7 Monaten Leistendrüsenmetastase. | Exstirp. glandul. | continuirl. Recidiv zum Tode führend. |
| I. 9. | Galvanocaustische Amp. penis. ohne Exstirp. d. leicht geschwellten Drüsen. | nach 4 Mon. inoperabl. Recidiv im Stumpf. Leistendrüsen gewachsen. | | |
| II. 1. | Amp. penis. Exstirpat. glandul. Lig. venae femor. | Tod am operativen Eingriff. | | |
| II. 2. | Amp. penis. Exstirpat. glandul. | Tod am operativen Eingriff. | | |
| III. 1. | Amp. penis alta. Transplant. urethrae. Exst. glandul. | geheilt. | | |
| III. 2. | Amp. penis. Exstirpat. glandul. | geheilt. | | |
| III. 3. | Amp. penis. | 2 Jahr später Recidiv (Natur desselben nicht anzugeben.) | | |
| III. 4. | Amp. praeputii cum Exstirp. glandul. | nach 3 Jahren nicht näher anzugeb. Recidiv. | | |
| III. 5. | Galvanocaustische Amp. penis. ohne Exstirpation der geschwellten Drüsen. | geheilt. | | |
| IV. 1. | Amp. penis galvanoc. (Drüsen nicht geschwellt). | ? gestorben. | | |
| IV. 2. | Amp. penis galvanoc. | ohne Recidiv Tod intercurrent 1½ Jahr nach der Operation. | | |
| V. 2. | Amp. penis (keine Drüsenschwell.) | ? | | |